

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXIII

SIBIUL MEDICAL

Anul VIII

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICA

Anul VI

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Organ Oficial al Facultății de Medicină din Cluj-Sibiu, Societății Științelor Medicale din Cluj-Sibiu
Inspectoratului General Sanitar Sibiu și al Colegiilor Medicilor din Inspectoratul General Sanitar Sibiu

DIRECTOR:

Conf. Dr. I. GAVFILĂ

Secretar de redacție:

Dr. D. CĂPRIOARĂ

COMITETUL DE REDACȚIE:

Prof. Dr. I. Aleman, Prof. Dr. V. Baroni, Prof. Dr. Gr. Benetato, Prof. Dr. V. Bologa, Prof. Dr. M. Botez, Prof. Dr. Gh. Buzoianu, Prof. Dr. C. Crișan, Dr. I. Cosma, Prof. Dr. L. Daniello, Dr. I. Fabritius, Doc. Dr. O. Filipescu, Prof. Dr. I. Goia, Prof. Dr. C. Grigoriu, Prof. Dr. M. Hângănuș, Prof. Dr. I. Hațieganu, Dr. L. Ionașiu, Prof. Dr. M. Kernbach, Prof. Dr. I. Manta, M. Manta, Dr. C. Manta, Prof. Dr. D. Michail, Prof. Dr. I. Moldovan, Prof. Dr. D. Negru, Prof. Dr. V. Papilian, Prof. Dr. Al. Pop, Prof. Dr. Gh. Popoviciu, Conf. Dr. Tr. Popovici, Dr. A. Popu, Dr. Gh. Preda, Dr. T. Schulz, Prof. Dr. S. Secăreanu, Dr. I. Stoichița, Prof. Dr. M. Sturza, Dr. I. Sturza, Prof. Dr. C. Tătaru, Prof. Dr. E. Teposu, Prof. Dr. C. Urechia, Dr. L. Ursu, Prof. Dr. T. Vasiliu, Prof. Dr. M. Zolog.

**REDACȚIA
ȘI ADMINISTRAȚIA**

Clinica ginecologică și
obstetricală Cluj-Sibiu,
str. Haller Nr. 1

Telefon 45

Chimioterapia perorală a blenoragiei se face prin

ALBUCID

simplu:

4 ori zilnic câte 2-3 tablete după masă

cu succes:

cota vindecării se urcă la cca 90 %

scurt:

durata tratamentului este de 4-5 zile

*nevătămător:**

Din zeci de mii de cazuri nu s'a observat
ni ci-o vătămare

* Desintoxicația care precedă parțial în corp. prin acetilizare la alte sulfonamide. la Albucid aceasta este anticipată. Totuși acetilizarea la Albucid este astfel executată încât, în contrast cu combinația inactivă acetică cu sa naștere în corp. s'a obținut un preparat cu acțiune terapeutică simțitoră.

Ambalaje originale:

Tuburi cu 20 tablete conținând 0.5 g

Ambalaje pentru clinică cu 500 tablete

Albucid pentru injecții:

Cutie cu 5 fiole de 5 cmc.



S C H E R I N G A. G. B E R L I N

CODERE București, Str. Clémenceau Nr. 6

Tel.: 3.58.03 - 3.58.04 - 3.58.05



*Pentru
terapeutică
individuală
a inimii și
circulației*

Calcium-Diuretina

Medicament eficace cardiac și vascular
și diuretic puternic.

Iod-Calcium-Diuretina

În deosebi pentru tratamentul turbu-
rărilor bătrâneții.

Rhodan-Calcium-Diuretina

Medicament hipotensiv reputat.

Tuburi de câte 20 tablete.



KNOLL A.-G., Ludwigshafen pe Rin.

«KNOLL» S.A.R., Str. Atena 29, București 3.

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXIV

SIBIUL MEDICAL

Anul IX

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VII

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

SUMARUL :

Articole științifice :

Prof. Dr. D. Michail : Refacerile fundului de sac conjunctival inferior, cu expunerea unui pro-
cedeu de constituirea autoplastică printr'un lambou jugal răsfrânt, conjunctivalizat Pag. 1

AVIZ!

Rugăm pe Domnii abonați să binevoiască a
ne trimite costul abonamentului

Ardealul Medical

Societăți medicale " 32

Revista cărților " 35

Tratat elementar de anatomie descriptivă și topografică de Prof. Dr. Victor Papilian. — Trata-
mentul bolilor interne de Ferdinand Hoff. — Neurologie de F. Laubenthal. — Tehnica tera-
peutică pentru practica medicală apărută sub îngrijirea Dr.-ului Ernst Meyer.

Revista revistelor 37 37

Note și informațiuni " 39

Deschiderea concursului de externat în medicină. — Concursul de internat în medicină. —
Decrete, Deciziuni.

Necrolog " 42

† Medic Căpitan Dr. Teofil Simon. — † Ludwig Aschoff.

Comemorare " 44

Bibliografie " 44

Biblioteca Județeană ASTRA



21003P

21003

CHIMIOTERAPIA STREPTOCOCHILOR SIMPLE SAU ASOCIATE

4 ani de cercetări

și experimentarea a peste 200 corpi

AU DEMONSTRAT CA



RUBIAZOL
COLORANT AZOIC

este
**CEL MAI ACTIV și
COMPLECT ATOXIC**

DOZA ZILNICĂ
6-12 comprimate
2-3 fiole



LABORATOIRES DU DR. ROUSSEL-PARIS

Eșantioane Medicale și literatură la:

Reprezentanța generală pentru România

Laboratorul Farmaceutic „LUTETIA” S. A. R.

103, Strada Toamnei, — BUCUREȘTI, III

Telefon 221.38

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXIV

SIBIUL MEDICAL

Anul IX

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VII

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Articole științifice

Refacerile fundului de sac conjunctival inferior, cu expunerea unui procedeu personal de reconstituire autoplăstică, printr'un lambou jugal răsrânt, conjunctivalizat

de

Prof. Dr. D. Michail

Refacerile autoplăstice ale fundurilor de sac conjunctivale micșorate, deformate sau dispărute în diverse circumstanțe clinice constituie una din preocupările mele chirurgicale cele mai vechi. Persistența mea în studiul acestei chestiuni se datorește îndemnului ce mi l-a dat faptul că, reconstituirea sacului conjunctival reprezintă una din problemele des puse în practică și în același timp problema cea mai dificilă și uneori mai îngrată din întreaga chirurgie oculară. În decursul anilor am fost deci stimulat să cercetez întreaga bibliografie a chestiunii și să aplic toate procedeele operatorii recomandate, iar atunci când tehnicile recomandate nu mi-au dat deplină satisfacție, am simțit nevoia să recurg de cele mai multe ori la modificarea acestor tehnici, iar câteodată la aplicarea unor tehnici noi, care mi s'au părut mai adaptate situațiilor clinice.

În ultimul an având pe de altă parte ocazulinea să urmăresc și să studiez în clinica oftalmologică din București, de sub direcția d-lui Prof. Dr. D. Manolescu, un important număr de cazuri de traumatisme oculare de război, dintre cele mai variate și având în același timp neprețuita posibilitate ca, tot grație deosebitelor D-sale amabilități — pentru care îl aduc cele mai călduroase mulțumiri — să execut și un apleclabil număr de intervenții autoplăstice pentru traumatismele anexelor oculare, m'am găsit în extrem de favorabilă situație de a verifica rapid, pe un material clinic abundant, rezultatele experienței mele autoplăstice anterioare, dobândite în traumatismele oculare din timp de pace, în cursul ultimilor 23 ani în care am condus clinica oftalmologică din Cluj. Prin acest studiu comparativ am ajuns să-mi consolidez majoritatea concluziilor mele chirurgicale anterioare, să-mi retușez încă câteva din unele tehnici și să imaginez chiar un procedeu ope-

rator cu totul nou, care mi-a dat rezultate excelente tot mai într'una din împrejurările clinice cele mai dificile.

Socotesc deci, că a sosit momentul, să dau publicității rezultatele acestor bogate experiențe operatorii personale, începând în articolul de față cu o sinteză a situațiilor clinice mai importante și a tehnicelor operatorii autoplăstice mai adaptate pe care le reclamă fundurile de sac conjunctivale inferioare deficiente.

Fundul de sac conjunctival inferior poate să fie sensibil redus, deformat, sau să dispară complet în patru circumstanțe clinice diferite și anume:

1. După ruperile verticale ale pleoapei inferioare, care pot fi urmate de:

a) îndepărtarea accentuată a buzelor colobomului palpebral și de deschiderea largă „în jgheab” a fundului de sac conjunctival inferior în obraz, sau de

b) fixarea colțurilor colobomului palpebral la marginea inferioară a orbitel, cu deformarea în unghi ascuțit a marginel ciliare inferioare și cu deschiderea sacului conjunctival inferior, în formă de „buză de cană” spre obraz.

2. Sacul conjunctival inferior mai poate să dispară după smulgerea pleoapei inferioare în toată lățimea și lungimea sa, dela una din cele două comisuri ale sale, dar mai ales dela nivelul comisurii sale nasale, urmată de fixarea extremității libere a pleoapei într'o cicatrice jugală, care face ca sacul conjunctival inferior să se desfoare într'un evantai jugal, cu vârful îndreptat spre comisura nasală, dar mai ales spre cea temporală.

3. Sacul conjunctival inferior poate de asemenea să fie redus, sau să dispară datorită cicatricelor de simblefaron, care pot merge dela simple frâuri cicatriciale izolate, ce-l dau un aspect „alveolat”, până la lipirea completă a pleoapei inferioare de glob, care constituie simblefaronul total.

4. Sacul conjunctival inferior poate să dispară în fine, prin *smulgerea cu pierderea totală a pleopei*, urmată de continuarea directă a conjunctivei bulbare rămase cu pielea obrazului, de-a-lungul liniei cicatriciale ondulate, neregulate, care face ca, conjunctiva bulbară să apară atrasă spre umărul obrazului sub formă de „șorț”.

La flecare dintre aceste aspecte clinice cicatriciale, care micșorează accentuat, distorsionează, sau fac să dispară complet fundul de sac conjunctival inferior, corespund tot atâtea indicații operatorii diferite de reconstituire, în vederea administrării unei proteze. În primele două circumstanțe clinice expuse mai sus, adică în cea a colobomului palpebral inferior prin ruptură verticală și cea a smulgerii pleopei inferioare din una din comisurile sale, este recomandabil ca într'un prim timp operator să se execute dedublarea fragmentelor palpebrale rupte sau smulse în cele două folii anatomice ale lor, adică: foaia internă, tarso-conjunctivală și foaia externă, musculo-cutanată. În chipul acesta se reușește să se dea în mod provizor o deplină independență acestor folii anatomice, în vederea executării celui de al doilea timp al intervenției, care constă în sutura pe planuri separate a fragmentelor palpebrale, micșorându-se astfel tracțiunea asupra buzilor operatorii, care ar predispune la refacerea cicatricelor vicioase palpebrale.

Dacă dedublarea fragmentelor palpebrale în toată întinderea lor constituie un timp uniform pentru aceste circumstanțe clinice, refacerea planurilor palpebrale se execută în chip diferit pentru flecare dintre aceste circumstanțe clinice.

1. În cazul micșorării sau dispariției fundului de sac conjunctival inferior din cauza unui colobom palpebral vertical:

a) Se suturează direct și separat buzele tarso-conjunctivale și cele musculo-cutanate avivuate ale fragmentelor palpebrale, atunci când depărtarea lor este mică, fiindcă în asemenea împrejurare mobilizarea fragmentelor palpebrale este ușoară, iar tracțiunea suturilor asupra buzilor lor nici nu se produce (Fig. 1).

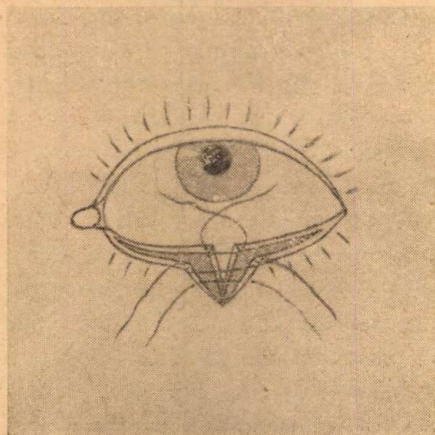


Fig. 1.

b) Se crează din fragmentul palpebral mai lung un lambou dreptunghiular tarso-conjunctival, pediculat spre rădăcina pleopei și se alunecă spre fragmentul tarso-conjunctival opus, mai scurt, care rămâne fix, în cazul când colobomul palpebral este mai larg și nu poate fi redus prin simpla sutură directă a fragmentelor tarso-conjunctivale, iar tracțiunea asupra buzilor acestor fragmente ar risca să le tale, refăcând colobomul. În același situație clinică trebuie să se prelungească și incizia orizontală de dedublare a fragmentelor palpebrale de partea temporală, desprinzându-se larg lamboul musculo-cutanat temporal de straturile sale subjacente, pentru ca la rândul său să fie alunecat către fragmentul musculo-cutanat nasal, care rămâne fix. Se execută deci în această împrejurare, alături de o dedublare a fragmentelor palpebrale și câte o alunecare separată a numai câte unuia dintre fragmentele celor două planuri anatomice (Fig. 2).

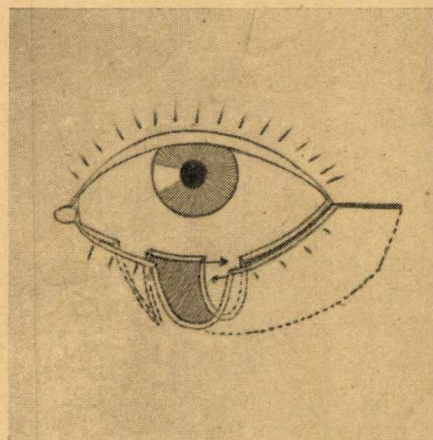


Fig. 2.

Tarsoplastie pediculată (procedeu personal)

Această tehnică operatorie constituie un procedeu personal, pe care l-am publicat pentru prima oară în tratatul meu de oftalmologie din 1928. El este ilustrat acolo prin fotografiile obținute înainte și după aplicarea procedurii mele operator.

c) În cazul fixării colțurilor colobomului palpebral inferior într-o cicatrice aderentă la marginea inferioară a orbitei, se va reface colobomul printr-o secțiune verticală, care îl va desprinde flecare colț de aderența sa orbitală. Se va proceda apoi, ca și în cazurile anterioare, la dedublarea celor două fragmente palpebrale create operator, pentru a se reface separat cele două planuri anatomice și anume: planul tarso-conjunctival prin suturare directă, care este totdeauna posibilă în această împrejurare, iar planul musculo-cutanat, care este aproape totdeauna insuficient, prin crearea din flecare fragment palpebral a câte unui lambou musculo-cutanat dreptunghiular, cu câte un pedicul respectiv, îndreptat către comisura palpebrală corespunzătoare. Se suturează apoi între ele extremitățile libere ale lambourilor dreptunghiulare musculo-cutanate create, după care fapt rezultă totdeauna o pierdere de substanță cutanată

fusiformă, sau semilunară, situată la rădăcina pleoapelor create, care este acoperită cu un lambou cutanat jugal cu pedicul temporal (Fig. 3).

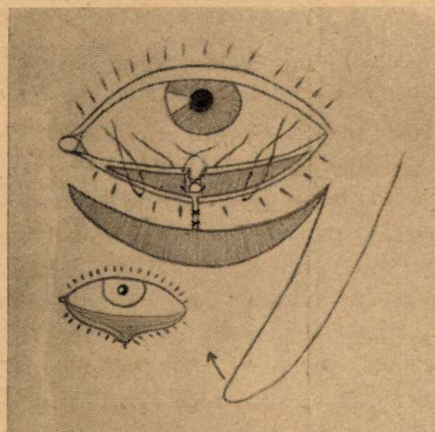


Fig. 3.

2. In cazul dispariției fundului de sac conjunctival inferior prin smulgerea pleoapei inferioare din una dintre comisurile palpebrale, se va desprinde cu o incizie curbă toată margina conjunctivă desfășurată, de la nivelul comisurii până la cicatricea jugală care fixează extremitatea smulsă a pleoapei și se continuă această incizie de-a-lungul cicatricii care fixează vicios, la nivelul regiunii jugale, margina inferioară a pleoapei smulse. Plecând de la această incizie, se liberează de straturile profunde conjunctiva desfășurată în evantai a fundului de sac și se mobilizează în același timp întreaga pleopă inferioară spre poziția sa anatomică normală. Se dedublează apoi pleopa inferioară în toată întinderea marginii sale ciliare, se fixează foaia sa tarso-conjunctivală la unghiul palpebral corespunzător, prin suturi în laț, care atrag colțul ridicat al acestui fol într-un tunel vertical, creat în țesuturile unghiului palpebral corespunzător, închizându-se de aceeași parte sacul conjunctival cu ajutorul unor fire lungi, ale căror capete sunt scoase prin sacul conjunctival în deschiderea palpebrală și răsfrânge de partea comisurii palpebrale apropiate, spre a le ușura scoaterea ulterioară. Se mobilizează larg și se alunecă foaia musculo-cutanată a pleoapei în sus, fixându-se cu suturi directe la pleoa învecinată în poziția sa anatomică normală (Fig. 4). Se aplică apoi câteva suturi izolate pe margina ciliară a celor două fol anatomicale ale pleoapei, pentru a le asigura o bună coaptare și pentru a evita alunecarea foii tarso-conjunctivale în jos, fapt care ar provoca tendința la entropionare a foii musculo-cutanate.

3 In cazul reducerii sau dispariției fundului de sac conjunctival inferior prin simblefaron, vom proceda diferit, după cum cazul este însoțit de conservarea globului ocular și a vederii sale, sau de o anoftalmie traumatică ori operatorie.

a) Dacă simblefaronul este însoțit de un glob ocular normal:

— Se va proceda, atunci când leziunea constă în frâuri, la disecția frâurilor cicatriciale de pe bulbul ocular, spre a căpuși cu ele fața posterioară a pleoapei

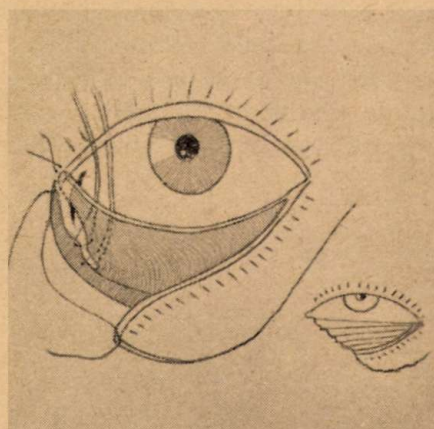


Fig. 4.

inferioare, urmată de o autoplastie conjunctivală locală, realizată prin alunecarea unor lambouri dreptunghiulare ale conjunctivei bulbare situate de o parte și cealaltă a frâurilor cicatriciale disecate (Fig. 5).

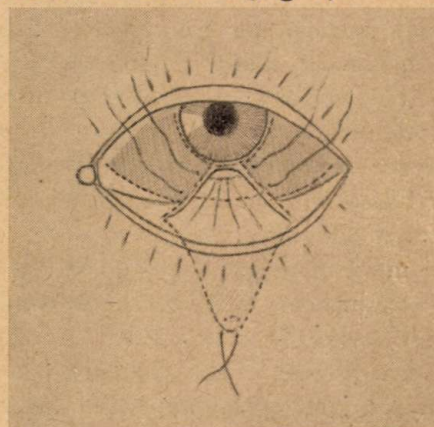


Fig. 5.

— Se va proceda în cazul simblefaronului total la o autoplastie cu mucoasă bucală, care se va executa în două ședințe. În prima ședință se va crea o nouă conjunctivă bulbară, cu ajutorul unui fragment de mucoasă bucală luat de la buza inferioară, iar într-o ședință ulterioară se crează o nouă conjunctivă tarsală inferioară, cu un fragment de mucoasă bucală luat de la buza superioară (Fig. 6).

Pentru refacerea conjunctivei bulbare este recomandabil să se folosească mucoasa bucală de la buza inferioară, pentru că suprafața bulbară de acoperit este totdeauna mai întinsă decât suprafața internă a pleoapei inferioare, iar buza inferioară oferă pentru grefă o mucoasă cu mult mai bogată. În adevăr, această grefă, a cărei margine inferioară trebuie situată înaintea frâului buzel inferioare și a cărei margine superioară trebuie să cruțe suprafața vizibilă a mucoasei labiale, poate să atingă ca lungime toată distanța dintre cele două co-

misuri labiale. Grefa mucoasă trebuie să fie disecată cât mai subțire, lăsându-l pe loc lobulii glandulari, evitându-l perforațiile și dându-l o formă dreptunghiulară. Se aplică apoi grefa bine desfășurată pe suprafața inferioară denudată a globului prin secționarea simblefaronului și se prind cele două mici laturi ale dreptunghiului grefei cu câte două puncte de sutură, de o parte și de alta a corneei, la buzele conjunctivel bulbare pe

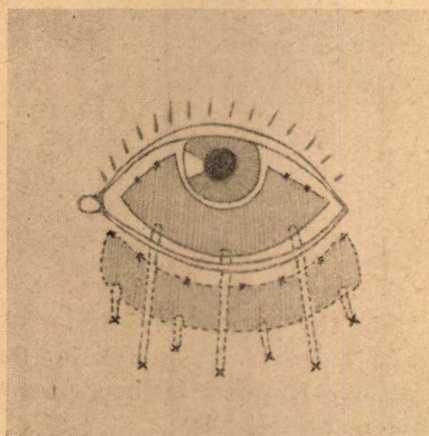


Fig. 6.

câte o linie orizontală. Se trec apoi 4—5 fire de sutură în laț la nivelul laturilor lungi inferioare a grefei, care străbat pleoapa inferioară dinăuntru înafară, la nivelul rădăcinii sale, unde sunt înodate pe un sul de tifon, în așa fel ca tracțiunea lor asupra marginii inferioare a grefei să fie mai puternică la mijlocul pleoapei, decât la extremitățile sale, pentru a provoca astfel o încurbare a marginii superioare a grefei, ca aceasta să îmbrace exact jumătatea inferioară a limbului cornean, fără a mai fi nevoie de suturi. Efectul obținut trebuie considerat ca fiind bun, atunci când margina superioară a grefei îmbrace jumătatea inferioară a corneei, ochiul privind direct înainte, iar nu în sus, deoarece în acest ultim caz, între grefă și limbul cornean rămâne un spațiu semilunar denudat, care ar putea să facă să se creadă că tracțiunea asupra firelor a fost exagerată și să îndemne la slăbirea tracțiunilor lor, fapt care ar expune la o alunecare sub pansament a grefei pe suprafața jumătății inferioare a corneei. În decurs de două săptămâni cicatrizarea grefei bulbare poate fi considerată consolidată. În cursul cicatrizării sale însă, margina ciliară a pleoapei inferioare, care este lipsită de conjunctivă, este atrasă către margina inferioară a grefei bulbare și se cicatrizează la rândul său iarăși în simblefaron, cu tendință la entropion, lăsând astfel întreaga grefă bulbară expusă, iar globul ușor deviat superior. Se procedează atunci la al doilea timp al operației, care constă în redresarea pleoapei inferioare din noul său simblefaron și în captușirea feței sale posterioare cu o grefă de mucoasă bucală, luată de astădată dela buza superioară și numai de o parte a frâului acestel buze, fiindcă acest frâu face ca mucoasa să se

îngusteze mult la nivelul său. Se obține totuși de asemenea un fragment dreptunghiular de mucoasă, care deși mai scurt, este suficient pentru acoperirea feței posterioare a pleoapei inferioare. Această grefă este fixată prin două rânduri de suturi în laț, care trec prin cele două laturi lungi ale grefei și străbat pleoapa inferioară dinăuntru înafară, ieșind: pentru margina superioară a grefei la 2—3 mm. sub margina ciliară a pleoapei, iar pentru margina ei inferioară, la nivelul rădăcinii pleoapei, spre a fi înodate pe câte un subțire sul de tifon. Capetele firelor din vecinătatea regiunii ciliare sunt trase spre frunte, unde sunt fixate cu o bandă de leucoplast, iar firele din dreptul rădăcinii pleoapei sunt de asemenea fixate cu o bandă de leucoplast în obraz. Pleoapa inferioară este astfel ridicată în sus, iar grefa ei este bine destinsă pe fața sa posterioară. Firele de sutură sunt îndepărtate după 3—4 zile, iar pleoapa inferioară își revine poziția și mobilitatea sa obișnuită, acoperind normal globul.

b) Dacă simblefaronul este însoțit de o anoftalmie traumatică sau operatorie, se va proceda la refacerea fundului de sac conjunctival inferior printr-o grefă Tirsch, așezată corect, cu fața vie înafară, pe margina inferioară a unei proteze cu dublu perete, care este vârtită într'un șanț operator, creat adânc până la nivelul marginii inferioare a orbitei. Este de recomandat ca acest șanț operator să fie adâncit, de partea nasală, imediat înapoi a caroncului lacrimal și a cutel semilunare și nu înaintea lor. Această procedură este indicată dintr'un motiv anatomic și altul estetic. În adevăr, proteza va fi cu mult mai bine reținută în cavitatea conjunctivală nou creată prin puternica cilsă a cutel semilunare ce-l stă înalte, iar prin această situație regiunea lacului lacrimal se apropie mai mult de înfățișarea sa anatomică normală și nu apare rotunzită, ca o groapă, care dă unghiului intern al ochiului o lărgime anormală, disgrațioasă.

Operația este urmată de o blefarorafie provizorie care se suprimă de 7—8 zile, permițând îngrijirea ulterioară a grefei până la completa ei adaptare.

Îngrijirile post-operatorii ale regiunii reclamă o atențiune minuțioasă. Începând dela a 8-a zi după intervenție, proteza trebuie scoasă zi năc, cu precauțiune, iar grefa trebuie curățată corect. Se vor îndepărta toate marginile sale necrotice, se vor elimina pelliculele epidermice care se exfoliază la suprafața sa, se vor cauteriza cu creionul de nitrat de argint micile granulome sesile care eventual se pot desvolta de-a-lungul liniei cicatriciale care unește grefa cutanată cu conjunctivă, se vor face spălături antiseptice pentru suprimarea reacțiilor inflamatorii conjunctivale care se ivesc în primele săptămâni de adaptare a grefei, se vor administra eventual proteze de un diametru crescând pentru lărgirea progresivă a sacului conjunctival și se va observa mai

ales ca margina inferioară a protezel, la reaplicarea sa după curățare, să stea corect în sacul conjunctival nou creat. În adevăr, deseori proteza are tendința să se razeze pe margina anterioară a grefei, pe care o apasă, o irită, provocându-l decubite, sau chiar se situlează înaintea ei, căutând să-și creeze un fals sac conjunctival inferior, care aruncă proteza prea în sus, mărește deschiderea palpebrală, aruncă chiar proteza afară din cavitatea conjunctivală, contribuind ulterior la retracția grefei, urmată de scurtarea sacului conjunctival neutilizat.

De obicei reacția inflamatorie secretantă conjunctivală ce se ivește după asemenea grefe se atenuază progresiv în 2—3 săptămâni și dispare. Sunt însă cazuri mai rare, în care această reacție este prelungită și neplăcută, deoarece secreția aglutinează pleoapele între ele și de proteză. În asemenea împrejurări reacția inflamatorie se datorește unei acțiuni iritative mecanice, provocată de apăsarea protezel asupra unei regiuni conjunctivale, la nivelul căreia sacul nou creat nu a obținut o adâncime suficientă.

4. *În cazul dispariției fundului de sac conjunctival inferior prin smulgerea cu pierderea totală a pleoapei inferioare*, care reprezintă împrejurarea clinică cea mai gravă, recomand procedeul autoplastie personal, pe care l-am numit refacerea fundului de sac conjunctival inferior prin lambou jugal răsfrânt, conjunctivalizat. Pentru executarea acestui procedeu se face o incizie semicirculară în pielea regiunii jugale corespunzătoare, care circumscrie, la o distanță de 1—2 cm., lola neregulată a cicatricel cutaneo-conjunctivale. Se disecă acest lambou cutaneo-conjunctival până deasupra marginel inferioare a orbitel și se răsfrânge apoi în sus, până ce margina lui liberă vine în contact direct și lesnicios cu margina ciliară a pleoapei superioare (Fig. 7).

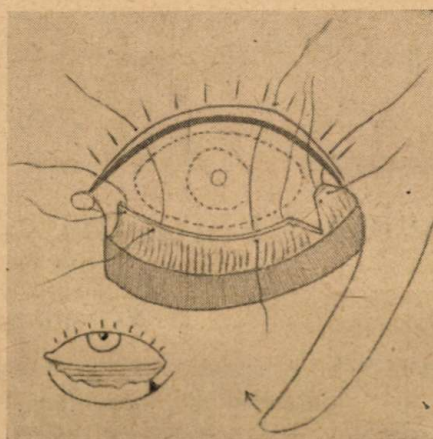


Fig. 7.

Refacerea sacului conjunctival inferior prin lambou jugal, răsfrânt, conjunctivalizat. (Procedeu personal).

Se crează astfel un întreg sac conjunctival inferior nou, în care se introduce o proteză. Se face o blefarorafte totală cu avivare, după ce în prealabil s'a extirpat din laboul răsfrânt un triunghi cu baza la noua margine

ciliară inferioară, pentru a evita ca această margine să fie mai lungă decât cea superioară și încorect adaptată acestuia. Se crează în chipul acesta nu numai un fund de sac conjunctival inferior, ci și un nou schelet al pleoapei inferioare. Pentru a da acestui schelet palpebral și foala sa cutanată, se aplică asupra lui un lambou cutanat premaseterin cu pedicul temporal (Fig. 8).

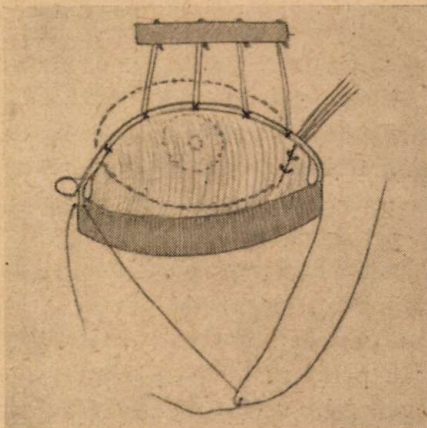


Fig. 8.

Refacerea sacului conjunctival inferior prin lambou jugal răsfrânt, conjunctivalizat. (Procedeu personal).

Procedeul are asupra grefei Tirsch mai multe avantaje, printre care notăm: posibilitatea creării unui sac conjunctival inferior larg, neretractil și pe acela că, pielea jugală astfel conjunctivalizată nu mai provoacă reacțiile inflamatorii secretante, pe care obișnuim le întretinem câțiva timp greșile Tirsch. Acest procedeu reclamă însă ca pielea obrazului corespunzător să fie lipsită de cicatrice prea întinse și mai ales de cicatrice aderente la scheletul facial.

Un mic inconvenient al creării foalei cutanate a noii pleoape inferioare cu ajutorul unui lambou cutanat pediculat premaseterin este la bărbați acela, de a aduce cu el în dreptul pleoapei inferioare o plecă din regiunea acoperită cu păr a bărbii. Acest inconvenient îl putem însă evita în două chipuri: sau în momentul desprinderii lamboului de straturile subiacente facem secționarea dermului profund în așa fel ca să decapităm perli de papilele lor și ulterior facem o epilație ușoară și definitivă a perilor lipșiți de rădăcina lor sau, după câteva raderi succesive ale pielei pleoapei obținem creșterea unor fire pe păr solide, pe care le epilăm prin diatermo-coagulare sau prin electroliză, fie într-o ședință, fie în câteva ședințe succesive, având grijă de dozajul curentului, spre a nu obține necroze cutanate întinse.

Prin expunerea de mai sus am urmărit să sistematizez sumar și metodic împrejurările clinice cele mai frecvente sub care se prezintă în practica oftalmică curentă de timp de pace și de război, insuficiențele, di-

formările și absențele sacului conjunctival inferior, cât să și redau procedeele operatorii ce mi s'au părut în cursul practicii mele autoplastice că sunt mai adaptate situațiilor clinice expuse.

Doă dintre procedeele operatorii indicate, adică: acel al autoplastiei pediculate tarso-conjunctivale, utilizat în colobomele palpebrale largi, pe care l-am publicat în tratatul meu de oftalmologie încă din 1928 și acel al reconstituirii sacului conjunctival inferior printr'un lambou jugal răsfrânt, conjunctivalizat, utilizat în lipsa completă a pleoapei inferioare, pe care îl fac cunoscut abia în lucrarea de față, reprezintă procedee operatorii pur personale. Restul procedeelelor indicate reprezintă intervenții operatorii deja cunoscute, pe care însă le-am întrebunțat, perfecționându-le prin diferite modificări personale dictate de împrejurări. Toate aceste procedee operatorii au trecut, în repetate rânduri, prin stăruelul lungi practici personale și acolo unde tratatele și revistele mi s'au părut că tac asupra unor detalii importante de execuție, am crezut de cuviință să umplu lacunele, pentru a da astfel celor ce ar dori să se înfăptuiască în acest domeniu pasionant al chirurgiei constructive, posibilitatea de a nu mai pierde un timp prețios în șovăiri inutile.

RESUMÉ

Les réfections du cul-de-sac conjonctival inférieur, avec l'exposé d'un procédé personnel de reconstitution autoplastique par un lambeau jugal retroussé, conjunctivalisé

La réfection des culs-de-sac conjonctivaux et particulièrement du sac conjonctival inférieur constitue souvent l'un des problèmes les plus difficiles de la chirurgie oculaire. A la suite d'une riche expérience autoplastique, que l'auteur a obtenu dans ce domaine, il est arrivé à systématiser les types cliniques les plus représentatifs sous

lesquels se présentent l'absence des culs-de-sac conjonctivaux inférieurs, en précisant en même temps le procédé opératoire le plus convenable pour chaque aspect clinique à part. Parmi les procédés opératoires les plus recommandables dans ces circonstances, il attire l'attention sur deux procédés personnels. L'un de ces procédés, d'autoplastie pédiculée tarso-conjunctivale, il l'a utilisé dans les colobomes palpébraux larges, tandis que le procédé d'autoplastie par un lambeau jugal retroussé, conjunctivalisé, il l'a appliqué dans le cas très difficile de l'absence totale du cul-de-sac conjonctival inférieur par l'arrachement complet de la paupière inférieure. Pour chacun des autres procédés opératoires indiqués, il expose les modifications techniques qu'il a introduit au cours de sa pratique personnelle.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Wiederherstellung des unteren Conjunktivalsackes und Schilderung eines autoplastischen Verfahrens mit einem jugalen, conjunctivartigen Lappen.

Die Wiederherstellung des Conjunktivalsackes und besonders des unteren bildet häufig eines der schwierigsten Probleme der Augenchirurgie. Infolge einer reichen autoplastischen Erfahrung, die der Autor auf diesem Gebiete besitzt, ist er dazu gelangt, die klinisch charakteristischen Typen, die der Defekt des unteren Conjunktivalsackes darbietet, in einzelne Gruppen zusammenzufassen und gleichzeitig für jedes Krankheitsbild das passendste operative Verfahren zu schildern. Unter den am meisten empfehlenswerten Verfahren lenkt er die Aufmerksamkeit auf zwei eigene Operationsmethoden. Die eine — Autoplastik mit gestieltem tarsoconjunctivalem Lappen — hat er bei grossen palpebralen Colobomen angewendet, während er die zweite — Autoplastik mit einem jugalen bindehautartigen bedeckten Lappen — in den sehr schwierigen Fällen anwendet, wo der untere Bindehautsack durch komplette Zerreissung des unteren Lides vollständig fehlt. Für jedes der übrigen Operationsverfahren gibt er die Modifikationen und technischen Details an, die sich ihm im Laufe seiner eigenen Praxis bewährt haben.

O funcțiune nebanuită a nervilor genito-crurali

de

Prof. Dr. Victor Papilian,

Dr. I. G. Russu

și

V. V. Papilian

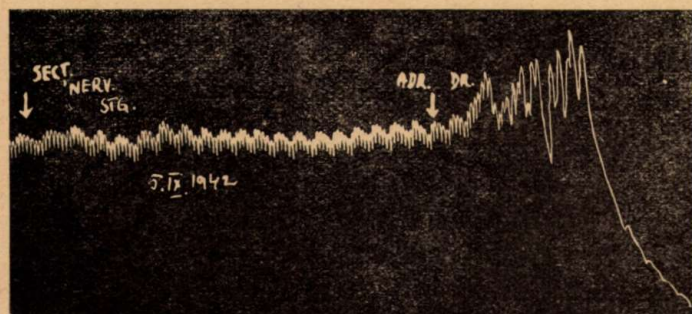
Într-o lucrare anterioară publicată în Clujul Medical¹⁾ doi din noi în colaborare cu Dr. C. Antonescu au arătat că între mijloacele de impledecare a sincopel adrenalino-cloroformice, este și cel de secțiune a ambilor nervi genito-crurali. Faptul era absolut constant. Ipoteza pe care o emiteam atunci era următoarea, că în „formațiunea acelor nervi intră fibre senzitive, a

căror secțiune tulbură tonusul vascular necesar apariției sincopel”. Cercetări ulterioare făcute în timpul din urmă în Institutul nostru asupra diferiților nervi,²⁾ a căror funcțiune era descrisă potrivit datelor clasice, după șablonul obișnuit, ne-au făcut să reluăm studiul acestor experiențe, în care sincopa adrenalino-cloroformică servește doar ca test de experiență.

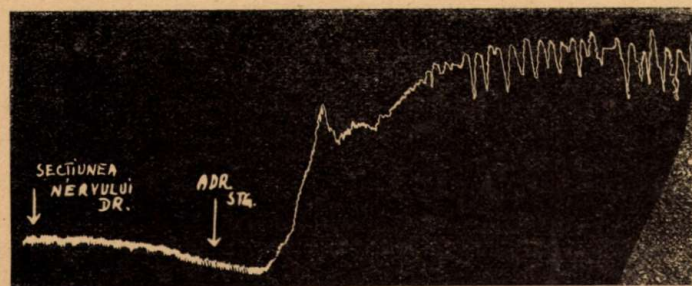
¹⁾ Prof. Dr. Victor Papilian, Dr. I. G. Russu și Dr. C. Antonescu. Noi cercetări asupra mecanismului sincopel adrenalino-cloroformice. Clujul Medical, Nr. 4, 1935.

²⁾ Prof. Dr. V. Papilian și Dr. A. Nana. Un nou tratament al cefaleelor. Ardealul medical Nr. 5, 1942.

Pentru ușurința înțelegerii celor ce urmează, recapitulăm pe scurt descrierea sincopel adrenalino-cloroformice. La un animal în narcroză cloroformică, dacă i se injectează intra-venos o cantitate foarte mică de adrenalină, animalul prezintă o ridicare considerabilă a presiunii sângelui, ca apoi să scadă brusc și animalul să facă o sincopă totdeauna mortală. Aceste cercetări le-am făcut pe câini, animale care se potrivesc mai bine producerii sincopel adrenalino-cloroformice. În experiențele de față au fost operate în total douăzeci și trei de animale. De data aceasta experiențele au fost făcute diferit, în sensul că nervul genito-crural era secționat unilateral. Din douăzeci și trei de animale operate, s'a secționat nervul de partea dreaptă în unsprezece cazuri și nervul de partea stângă în douăsprezece cazuri. Rezultatele cu excepția a două cazuri (unul pentru dreapta, unul pentru stânga), au fost totdeauna aceleași. Le putem rezuma astfel. (Grafica 1 și 2).



Grafica Nr. 1. — Secțiunea nervului genito-crural stâng. Injectia în vâna femurală dreaptă. Se produce sincopa.



Grafica Nr. 2. — Secțiunea nervului genito-crural drept. Injectia în vâna femurală stângă. Împiedecarea sincopel.

A) Secțiunea nervului genito-crural de partea stângă, permite producerea sincopel adrenalino-cloroformice;

B) Secțiunea nervului genito-crural de partea dreaptă, împiedică sincopa adrenalino-cloroformică. Fenomenul (cu toate excepțiunile arătate mai sus), prezintă o impresiune constantă, ceea ce ne-a făcut să căutăm o explicație. Dela C. Heymans și J. Bouckaert, se admite că sincopa adrenalino-cloroformică ar fi datorită unui dezechilibru brusc în tonusul sistemului vegetativ. Acești autori făcând enervarea sinurilor carotidiene și secționarea bilaterală a vagilor, adică scoaterea nervilor depresori din funcțiune, au împiedecat producerea sincopel adrenalino-cloroformice. După acești au-

tori „rezistența inimii la sincopa adrenalino-cloroformică a câinilor cu nervi vago-depresori și carotidiani secționați se bazează pe predominanța simpaticului cardiac și hipersecreția de adrenalină care se produce după secționarea acestor nervi. Predominanța simpaticului provocată pe cale nervoasă și umorală s'ar opune dilatării acute a inimii în timpul hipertensiunii adrenalinice și ar împiedeca astfel producerea fibrilației”. (C. Antonescu).

Explicația pe care o emitem azi are ca punct de plecare acest dezechilibru vago-simpatic. Experiențele de față credem că ne permit a pătrunde mai adânc în intimitatea procesului. Pentru noi în producerea sincopel adrenaline, sincopa adrenalino-cloroformică nu e datorită unei acțiuni locale cardiace „datorită sensibilizațiunii excesive a țesutului miocardului prin cloroform” (Tinel),¹⁾ deoarece azi cunoaștem o mulțime de posibilități de a împiedeca producerea acestor sincope. Pentru noi sincopa adrenalino-cloroformică nu poate fi explicată în afară de jocul antagonist al sistemului antagonist presor-depresor. Sincopa datorită unei ridicări mari de presiune provocată de excitațiunea sistemului presor, după care urmează o depresie bruscă, datorită faptului că inima nu mai e susținută de acest sistem.

Potrivit ipotezelor noastre împiedecarea sincopel în experiența lui Heymans—Bouckaert, ar fi datorită scoaterii din funcțiune a sistemului depresor și în consecință predominanța sistemului presor. Trecând mai departe și aplicând considerentele de mai sus la cercetările noastre, trebuie să concludem, că nervii genito-crurali se găsesc în unul din aceste două sisteme. Am văzut că secționarea celor doi nervi genito-crurali împiedică sincopa. Am scos după ipoteza noastră un sistem depresor, care lasă joc liber sistemului presor general și astfel se împiedică sincopa. Dar experiențele de față ne arată, că secționarea numai a nervului genito-crural de partea stângă, produce sincopa, pe când cea a nervului genito-crural de partea dreaptă o împiedică. Menținându-ne în cadrul explicațiilor noastre, noi suntem obligați a recunoaște că nervul genito-crural stâng este un presor, pe când cel de partea dreaptă este un depresor. Când secționăm nervul genito-crural de partea dreaptă, sistemul presor al celui stâng devine predominant și împiedică sincopa. Când secționăm nervul genito-crural stâng, sistemul depresor al celui drept intervine în acțiune și atunci se produce sincopa.

Rezumând rezultatul cercetărilor noastre, putem trage următoarele concluzii:

a) Există și alți nervi depresori în corpul nostru în afară de nervii lui Cyon și Hering;

b) Nervii presori nu formează din punct de vedere anatomic un sistem difuz și generalizat, ei pot să ocupe traecte de nervi bine diferențiate. Un atare nerv îl cunoaștem, este *nervul vertebral*;

¹⁾ Tinel. Le système nerveux végétatif.

c) După experiențele noastre nervul genito-crural stâng, ar fi un nerv presor tip vertebral, iar nervul genito-crural drept ar fi un nerv depresor tip Cyon-Herling;

d) Trebuie să accentuăm însă această diferență dintre funcțiunile antagoniste ale celor doi nervi genito-crurali, funcțiuni care pun în discuțiune constituția anti-merică a corpului nostru. Poate că aceste funcțiuni antagoniste ar putea fi mai ușor acceptate dacă s'ar concepe cel doi nervi genito-crurali ca alcătuind o singură unitate funcțională în care ar exista atât elementul presor cât și cel depresor;

e) Mai este un fenomen interesant pe care l am observat în cursul cercetărilor noastre. Experiențele (producerea sau impledecarea sincopel), reușesc mai bine când injecția de adrenalina se face de partea opusă secționării (de exemplu secțiunea nervului genito-crural din dreapta, injecțiile în vâna femurală stângă). Este un fenomen pe care deocamdată îl notăm numai, rămânând ca el să facă obiectul unor cercetări ulterioare.

Concluziuni: 1. Sincopa adrenalino-cloroformică poate să fie considerată ca un test experimental de mare importanță.

2. Contrar părerilor celor mai mulți autori, școala anatomică clujană a arătat, că sincopa adrenalino-cloroformică poate fi impledecată prin diferite mijloace. Printre acestea este și secțiunea nervilor genito-crurali.

3. Sincopa adrenalino-cloroformică nu e datorită unei acțiuni toxice directe a toxicului asupra miocardului, ci e datorită unui dezechilibru brusc al sistemului vegetativ.

4. Cei doi nervi genito-crurali au o funcțiune necunoscută, diferită și antagonistă. Nervul genito-crural stâng ar fi un presor, iar cel drept un depresor.

INSTITUTUL DE ANATOMIE UMANĂ

RESUMÉ

Une fonction insoupçonnée du nerf genito-crural

La syncope adrenalino-chloroformique peut être considérée comme un test expérimental de grande importance.

Contrairement à l'opinion de la plupart des auteurs l'école anatomique de Cluj a démontré que la syncope adrénalino-chloroformique peut être empêchée par différents moyens. Parmi ceux-ci se trouve aussi la section des nerfs genito-cruraux.

La syncope adrenalino-chloroformique ne pas due à une action directe du toxique sur le myocarde mais elle est provoquée par un déséquilibre brusque du système végétatif.

Les deux nerfs génito-cruraux ont une fonction inconnue, différente et antagoniste. Le nerf „gauche” serait pressor et le nerf droit depressor.

ZUSAMMENFASSUNG

Eine nicht vermutete Funktion der Genito-cruralnerven

Die Adrenalin-Chloroform-Synkope kann als eine experimentelle Probe von grosser Bedeutung angesehen werden. Entgegen der Ansicht der meisten Autoren hat die anatomische Schule der Universität Cluj gezeigt, dass die Adrenalin-Chloroform-Synkope durch verschiedene Mittel verhindert werden kann. Unter diesen befindet sich auch die Durchschneidung der Genitocruralnerven.

Die Adrenalin-Chloroform-Synkope ist nicht die Folge einer direkten toxischen Wirkung des Giftstoffes auf das Myocard, sondern ist die Folge einer brüsken Gleichgewichtsstörung des vegetativen Systems.

Die beiden Genitocruralnerven haben eine unbekannte, verschiedene, antagonistische Funktion. Der linke Genitocruralnerv ist ein Presor, der rechte ein Depressor.

Conservarea sângelui de om și utilizarea lui pentru transfuzii

(Tehnica Institutului de Fiziologie a Facultății de Medicină din Cluj-Sibiu)

de

Prof. Dr. Grigore Benetato, R. Oprean, Dr. T. Agârbiceanu și Dr. T. Tudoraș

Introducere

Din inițiativa Societății Naționale de Cruce Roșie, Filiala Sibiu, și cu sprijinul Ministerului Sănătății și Ocrotirilor Sociale a luat ființă la Institutul de Fiziologie al Facultății de Medicină din Cluj-Sibiu, la începutul anului 1942, „Centrul de Transfuzie și Conservarea Sângelui”, având menirea de a recruta și selecționa donatori în vederea transfuziilor directe și indirecte

efectuate în spitalele de Z. I. și civile din Sibiu și în deosebi de a conserva și expedia pe front sângele integral de om.

Deși toate cercetările experimentale și clinice de punere la punct a metodei de conservare a sângelui și de utilizarea acestui sânge au fost terminate încă în primăvara anului 1942 și primul transport de sânge conservat destinat unui spital de campanie a fost ex-

Somniferul cu efect sigur

chiar și în doze mici
($\frac{1}{2}$ tabletă), somn recon-
fortant și o deșteptare
înviorătoare cu

QUADRO-NOX

ASTA A. G. CHEMISCHE FABRIK BRACKWEDE i. W.

Literatură și eșantioane vă stau cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R. ★ Strada Sf. Ionică No. 8, București



Laboratoarele „Amido“, Paris, 4 Place des Vosges

Amidal	Enterite, carcinome, disenterie
Cénatropine	Iperchlorhidrie, spasme digestive, colici, diaree
Géneserine	Atonie vezicală, ipo-aciditate gastrică sindrom solar
Génhyosciamine	Dureri abdominale, dureri spasmodice, tremurături de cauze diverse, delirium tremens
Génosthénique	Neurastenie, astenie, surmenaj, convalescență
Génostrichnine	Paralizie, astenie, neurastenie
Sed'hormone	Excitație, insomnie, neliniște

Literatură la cerere

Depozit permanent: „Drogueria Standard” S. A. R., București I. Sf. Ionică Nr. 8

Sanatoriul St. Blasien

Altitudine 800 m.



Prospecte ilustrate gratuite.

Condițiuni climatice favorabile.

Climat curativ special.

Stabilimentul particular cel mai înalt
situat din Germania pentru

bolnavi de plămâni

într-o poziție privilegiată în regiunea sudică a
pădurii Schwarzwald.

COSTUL TRATAMENTULUI:

în camere pt. două persoane dela RM 9

în camere pentru o persoană dela RM 11

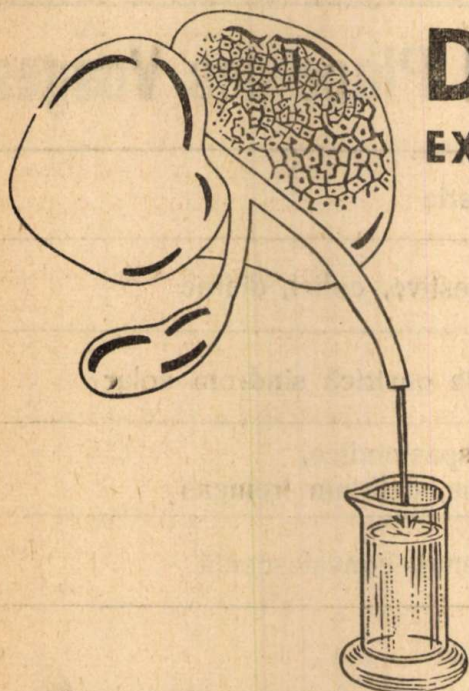
Medic Șef: **Profesor Dr. A. Bacmeister**

Medic Conducător: **Dr. A. Emmler**

Chirurg

SANATORIUL ST. BLASIEN

Südl. Bad. Hochschwarzwald
Bahnhof Seebrugg (Deutschland)



DECHOLIN

EXPERIMENTAT ANI DE ZILE

COLERETIC

COLAGOG

DIURETIC



J. D. RIEDEL-E. DE HAËN, A.-G. BERLIN-BRITZ

REPREZENTANT PENTRU ROMÂNIA: **RUDOLF FOREK**

BUCUREȘTI 3, STR. G.-RAL EREMA GRIGORESCU, 6

pediat la București în ziua de 9 Mai 1942, din motive independente de voința noastră expedierea acestui sânge pe front nu s'a putut face, Centrul de Transfuzie din Sibiu rămânând să deservească spitalele de zonă interioară și civile.

Utilizarea sângelui conservat la clinicile universitare și la spitalele de zonă interioară din Sibiu ne-a dat posibilitatea să completăm cercetările de laborator cu observarea clinică și să studiem astfel de aproape reacția organismului la acest sânge în raport cu tehnica conservării, cu proprietățile sângelui conservat și starea organismului primitor.

Ținând seama de faptul că sângele conservat este destinat atât în timp de pace cât și în timp de război transfuziilor urgente în care probele preliminare de grup și compatibilitate nu pot fi executate în condițiuni optime, noi am conservat și transfuzat aproape exclusiv sânge din grupa O, căutând în același timp să stabilim felul în care trebuie făcută identificarea grupelor pentru a asigura o *precizie maximă* în determinarea lor și condițiile în care sângele din grupa O își păstrează titlul atât de discutat de donator universal. În fine, prin cercetările de laborator, noi am urmărit modificările survenite în timpul conservării în unele caractere fizico-chimice și morfologice ale sângelui (pH-ul, rezistența globulară, hemoliza, numărul și forma elementelor figurate), aducând unele contribuțiuni la cunoașterea sângelui conservat și la tehnica conservării.

Lucrarea de față cuprinde rezultatele cercetărilor de laborator și a observațiilor clinice, făcute la Centrul de Transfuzie din Sibiu, prezentate și discutate în lumina cunoștințelor actuale despre transfuzia sanghină. Lucrarea este împărțită în cinci părți.

În partea I-a sunt expuse câteva considerațiuni generale asupra evoluției și problemelor actuale ale transfuziei cât și bazele biologice ale ei. Părțile care urmează (II—III) se ocupă cu selecționarea donatorilor în vederea transfuziei, cu tehnica de conservare a sângelui și cu proprietățile sângelui conservat, iar ultimele două părți tratează despre utilizarea sângelui conservat și despre efectele terapeutice și accidente transfuziei cu sânge conservat.

La încheiere îmi fac plăcuta datorie de a exprima sentimentele mele de grațitudine D-lui Prof. Dr. P. Tomescu, Ministrul Sănătății și Ocrotirilor Sociale, pentru sprijinul larg acordat în organizarea și înzestrarea Centrului de Transfuzie din Sibiu, d-lui Lt.-Col. Dr. L. Ursu, fost comandant al Spitalului Militar și președinte al Crucii Roșii din Sibiu, pentru încrederea ce mi-a arătat-o însărcinându-mă cu organizarea acestui Centru și Doamnelor V. Prof. Ghibu și F. Col. Florescu pentru stăruințele depuse cu ocazia inițierii și organizării Centrului de Transfuzie din Sibiu și Doamnelor dela Societatea Crucea Roșie din Sibiu, F. Codreanu,

E. Maior Dr. Gheorghiu și D. Morariu, pentru activitatea desfășurată la acest Centru.

Partea I-a

A. Evoluția și problemele actuale ale transfuziei

Transfuzia sanghină, mijlocul terapeutic din cele mai eficace, a trecut printr'o perioadă foarte lungă de încercări înainte de a fi practică pe o scară întinsă și apreciată la justa ei valoare.

Experimentată la început de către Lower din Oxford pe animale (1666), transfuzia a fost făcută pentru prima dată la om în Franța, de către filosoful și matematicianul Jean Denis, în colaborare cu medicul Emmerez (1667), în Anglia de Lower-King (1667) și în Germania de Kauffmann și Purmann (1668).

Primele transfuzii la om s'au făcut cu sânge de miel trecut din artera femurală sau carotidă a animalului în vena cotului, printr'o canulă de legătură improvizată din carotida de bou sau de cal.

După primele încercări mai mult sau mai puțin reușite, transfuzia cu sânge heterogen a înregistrat câteva accidente mortale și a fost condamnată de biserică, interzisă de stat și părăsită de medici.

După Trendelenburg, în a doua jumătate a secolului al XVII-lea s'au făcut în total 16 transfuzii.

Transfuziile cu sânge homogen au fost încercate pe om la începutul secolului trecut de către Prevost-Dumas (1821) și Blundell (1824) și studiate și practicate în a doua jumătate a secolului trecut pe om și animale de Panum, Landois, Hayem, Müller, Brown-Sequard, Hedon, fiind considerate în acest timp ca una din operațiile riscante la care medicul recurgea numai în cazurile desperate.

Abia după descoperirea fenomenului de izoaglutinare de către Karl Landsteiner (1900—1901), descoperire care a înlăturat accidente redutabile de incompatibilitate sanghină și după introducerea citratului de sodiu pentru stabilizarea sângelui (Richard Lewisohn-New York, d'Agoste-Buenos-Aires, Hustin-Belgia, 1914), procedeu care a înlocuit metoda de transfuzie directă, executată prin sutura arterio-venoasă (Crile, Carrel, Sauerbruch) cu metoda ușoară a transfuziilor indirecte, transfuzia a început să fie practică pe o scară foarte largă.

La sfârșitul secolului trecut, paralel cu transfuzia cu sânge proaspăt, a început să fie experimentată și metoda sângelui conservat.

Studiat și încercat la început pe animale de către Landois (1875), Hedon (1902), și mai ales de Rous-Turner, sângele conservat a fost întrebuințat pentru prima dată la om în timpul războiului trecut de către Weil și Robertson (1916).

După războiul trecut, centrele de transfuzie înființate mai în toate țările din lume (Londra, Bordeaux, Hamburg, Italia, Belgia, Olanda, Rusia, Statele Unite ale Americii) au popularizat metoda transfuziilor cu sânge proaspăt, stabilizat și conservat, aducând contribuțiuni importante la cunoașterea acestor metode.

Astăzi sângele conservat se întrebuințează pe o scară largă atât pe front cât și în serviciile spitalicești civile. Totuși în problema sângelui conservat și a transfuziilor în general sunt încă multe de precizat. Astfel una din problemele deschise ale transfuziei este valabilitatea practică a donatorului universal, admisă fără rezerve de unii (*Servantie-Jullien-Vieroz, Kiguchi, Vlados*), condiționat de alții (*Clairmont, Wildegans*), și contestată de al treilea grup de cercetători (*Fontaine, Hesse, Correlli, Schilling*).

Chestiunea valabilității donatorului universal, întrebuințat de preferință pentru conservare, prezintă o importanță deosebită pentru problema conservării sângelui și este tratată pe larg în lucrarea de față.

Și celelalte probleme ale transfuziei cu sânge proaspăt și conservat, cum este de exemplu selecționarea donatorilor, tehnica recoltării și conservării sângelui, efectul conservării asupra proprietăților biologice ale sângelui, indicațiile și acțiunea terapeutică a transfuziilor în general și a sângelui conservat în special, cât și patogenia și prevenirea accidentelor transfuziei sunt încă în fază de cercetare.

B. Caracterile sanghine de grup și identificarea lor

Identificarea tuturor caracterelor de grup cunoscuți până acum, adică atât a celor din sistemul principal OAB, cu subgrupele A_1 , A_2 , A_3 , cât și a factorilor M, N și N_2 , prezintă un interes deosebit în medicina legală, servind pentru identificarea infractorilor, stabilirea originii copilului și excluderea paternității etc. Ea poate fi făcută numai de către un specialist cu o pregătire teoretică și practică temeinică.

Pentru transfuzia sanghină este suficientă recunoașterea grupelor din sistemul AOB. Deși ea poate fi făcută cu multă ușurință, totuși pentru evitarea greșelilor de interpretare și accidentelor redutabile de transfuzie, este bine ca persoana însărcinată cu executarea acestor reacțiuni să cunoască caracterizarea serologică a tuturor proprietăților sanghine de grup și să fie familiarizată cu tehnica serologică.

În rândurile cari urmează vom face descrierea sistemelor sanghine AOB și MN și a metodelor necesare pentru stabilirea grupelor în vederea transfuziei, în condițiunile în care aceste metode se execută la Centrul de Transfuzie de pe lângă Institutul de Fiziologie din Sibiu.

În alegerea metodelor noi am ținut seama de faptul că identificarea grupei sanghine în cazul sân-

gelui conservat de donator universal trebuie făcută cu o precizie absolută, având în vedere că acest sânge se utilizează de obicei pentru transfuzii urgente, în cari controlul preliminar al grupelor sau proba de compatibilitate între sângele donatorului și acel al receptivului nu se poate executa.

Se știe că accidentele grave ale transfuziei în majoritatea cazurilor sunt datorite incompatibilității de grup, care constă în aglutinarea și distrugerea globulelor roșii. Un timp oarecare s'a crezut că acest proces se petrece numai între plasma și globulele provenite de la animalele de specii diferite (heteroaglutinare), iar aglutinarea globulelor roșii sub acțiunea serului de aceeași specie (homoaglutinare) a fost considerată în cazul omului ca un proces morbid. Abia în 1901 *Landsteiner* a arătat că serul persoanelor normale este în stare să aglutineze și să distrugă globulele roșii de om (izoaglutinare, izohemoliză).

Izohemoaglutinarea descoperită de *Landsteiner* este o reacție specifică datorită fixării anticorpilor specifici din plasma sanghină pe antigenele corespunzătoare din globulele roșii. Anticorpii cari determină această reacție au fost numiți *hemoaglutinine*, iar antigenele, *aglutinogene*.

a) *Sistemul sanghin AOB*. — La om s'au evidențiat la început aglutinogenele A, B și aglutininele corespunzătoare: anti-A sau α și anti-B sau β . *Landsteiner* a stabilit că după felul în care se face repartizarea acestor caractere serologice oamenii se împart în trei grupe: grupa I, sau O, în care globulele sunt lipsite de aglutinogenele A și B, în schimb plasma conține aglutininele α și β , grupa II, sau A, cu aglutinogenul A și aglutinina β și grupa III, sau B, cu aglutinogenul B și aglutinina α . În scurt timp după aceasta în laboratorul lui *Landsteiner* s'a descris de către *Decastello-Sturli* a patra grupă sanghină, sau AB, caracterizată prin prezența ambelor aglutinogene și prin lipsa aglutininelor, care fiind mai rară (3—5%), a lipsit între persoanele examinate de *Landsteiner* și astfel nu a putut fi identificată dela început. Astfel s'a identificat sistemul OAB cu cele 4 grupe sanghine.

Pe lângă antigenele A și B există și antigenul O care se află în hematiile din toate grupele, fiind cel mai dezvoltat acolo unde celelalte caractere de antigen sunt mai puțin reprezentate, deci în gradul cel mai ridicat în globulele roșii din grupa O. Anticorpii corespunzători aglutinogenului O, adică aglutinina anti-O, se află în serul unor animale (bou, iepure și uneori în cel de câine și pisică [*Schiff, Friedenreich-Zacho, Dahr*]) și în mod excepțional în serul unor oameni, sub forma unei aglutinine speciale „aglutinină neregulată”, numită în mod impropriu aglutinina α_2 în loc de anti-O.

Urmărind repartizarea reciprocă între aglutinine și aglutinogen în sistemul AOB, constatăm că aglutininele lipsesc acolo unde este aglutinogenul homolog. Acest fapt, observat chiar dela început de către *Land-*

steiner, este cunoscut sub numele de regula de repartizare reciprocă a lui *Landsteiner*, regulă în care, după cum vom vedea mai departe, sunt numeroase excepții atât în cazul sistemului AOB cât mai ales în cazul altor sisteme sanghine (MN).

Unii autori întrebunțează în loc de grupă sanghină termenul de tip sanghin (*Thomsen*), iar alții, cum este *Witebsky*, au propus înlocuirea termenului de grupă sanghină cu cel de grupă celulară, bazându-se pe faptul că proprietățile de grupă datorite antegenelor A și B se află nu numai în hematii, ci și aproape în toate organele (rinichi, stomac, ficat, plămâni) și în lichide (ser, salivă, suc gastric, lichidul amniotic, bilă, spermă) cu excepția cristalinului, sistemului nervos și a lichidului cefalo-rachidian, cari conțin urme de antigene (*Hirszfeld*, *Thomsen*, *Witebsky*, *Kritschewsky*).

În ce privește desemnarea grupelor din sistemul AOB, ea se face după felul aglutinogenelor din globulele roșii (*von Dungern* și *Hirszfeld*). Astfel, prima grupă lipsită de aglutinogenele A și B se notează cu O, a doua cu A, a treia cu B, iar a patra cu AB, sau mai complet, ținând seama și de natura aglutininelor din plasmă, cu $O\alpha\beta$, $A\beta$, $B\alpha$ și $AB\alpha$. După *Jansky* (1907) grupa O se notează cu I, A cu II, B cu III, iar AB cu IV, iar după *Moss* grupa O, sau I-a a lui *Jansky*, se notează cu IV, iar grupa AB, sau a IV-a a lui *Jansky*, cu I. În ultimul timp se pronunță din ce în ce mai mult tendința de a adopta nomenclatura internațională a lui *Dungern*—*Hirszfeld*, nomenclatură care exclude erorile de interpretare.

Cercetările lui *Landsteiner* și cele cari au urmat, au arătat că proprietățile de grupă sunt inalterabile și hereditare. Ele nu se schimbă sub acțiunea factorilor interni și externi și se transmit după legile heredității lui *Mendel* prin gene specifice corespunzătoare caracterelor A, B și O. Geneza caracterului O se discută, unii autori fiind de părerea că nu există genă O propriu zisă, transmiterea caracterului O făcându-se prin cromozomi, în care există în loc de genă corespunzătoare caracterelor sanghine de grup un loc gol (*Thomsen*), ceea ce explică de ce caracterul O există în toate globulele în măsura în care nu este dislocat de caracterele A și B.

În ce privește proveniența și dezvoltarea caracterelor sanghine de grup, cei mai mulți autori, ținând seama de repartizarea acestor caractere la diferitele popoare, cred că grupa O reprezintă un caracter primitiv, din care prin mutațiuni succesive și repetate s'au dezvoltat ulterior caracterele A și B, caracterul al doilea (A) fiind mai vechiu decât cel din urmă (*Howells-Gates*, *Streng*, *Hirszfeld*).

După distribuirea grupelor sanghine populația globului poate fi împărțită în linii generale în trei categorii. Prima categorie cuprinde unele triburi de eschimoși și indieni din America. Ea se caracterizează prin existența aproape exclusivă a tipului O.

În categoria a doua, caracterizată prin prezența grupelor O și A și prin lipsa aproape totală a grupei B, intră popoarele primitive din Australia, locuitorii insulelor Hawaii, bușmanii din Africa de Sud, laponii și armenii.

În sfârșit categoria a treia cuprinde toate celelalte popoare la cari se întâlnesc toate grupele sanghine, cu frecvență inegală.

În Asia, în partea centrală a acestui continent, predomină grupa B (hinduși și chinezi), iar în Europa grupele A și O. Frecvența grupei A ca și a celei O în partea de Nord, de Vest și în Europa Centrală se ridică până la 40—50%. Frecvența grupei B variază între 8—15%, fiind mai mare în partea de Est, mai mică în cea de Vest, iar restul de 3—5% este reprezentat prin grupa AB.

Identificarea grupelor sanghine se face prin evidențierea aglutinogenelor A și B cu ajutorul reacției de aglutinare. Pentru reacția de aglutinare se întrebunțează aglutininele preformate cari se află în serul de om din grupele A și B (hemotestul II, anti-B sau β , și hemotestul III, anti-A sau α), sau aglutininele obținute prin imunizarea animalelor (iepure) cu globulele roșii de om din grupa A și B (ser anti-A și anti-B). Serurile astfel obținute au o putere de aglutinare mult mai mare decât cele de om și se întrebunțează pentru depistarea aglutinogenelor, puțin sensibile (cum este cazul copiilor nou-născuți sau a subgrupelor A_1 , A_2 , în deosebi A_2B , A_3B). Puterea aglutinantă a serului de iepure anti-A se manifestă și în diluții de $1/1000$ — $1/2000$, iar anti-B în diluții de $1/300$ — $1/500$.

α) Subgrupele A_1 , A_2 , A_3 . — Cercetările lui *von Dungern* și *Hirszfeld* (1910) au arătat că în antigenul A se deosebesc mai multe fracțiuni, în cari calitățile de antigen A, deci sensibilitatea față de aglutinina α variază.

Ne dăm seama de sensibilitatea unui aglutinogen, punând globulele roșii încărcate cu acest aglutinogen în contact cu serul încărcat cu aglutinina corespunzătoare — de ex. globulele A sau AB cu serul anti-A — și măsurând puterea de aglutinare a celui ser înainte și după reacția de absorbție. Puterea de aglutinare în cazul unui aglutinogen mai sensibil, care a absorbit cantități mai mari de aglutinină, va scădea mai mult.

Prin procedeul de absorbție s'a putut identifica în aglutinogenul A trei fracțiuni: A_1 și A_2 , evidențiate de *von Dungern* și *Hirszfeld* (1910) și A_3 , descris de către *Friedenreich* (1936). Calitățile de aglutinogen, adică sensibilitatea față de aglutinina α (anti-A), sunt dezvoltate în gradul cel mai mare în cazul fracțiunii A_1 , mult mai puțin în cel al lui A_2 și într-o măsură neînsemnată în cazul A_3 . După unii autori, deosebirea între fracțiunile A nu este numai cantitativă (*Landsteiner*).

Cele trei fracțiuni ale antigenului A se află separat în globulele roșii din grupa A sau AB. După natura fracțiunilor A deosebim subgrupele A_1 , A_2 și A_3 . Prima subgrupă se întâlnește în Europa în proporție de 80%, a doua de 20%, iar a treia, extrem de rar, în proporție de 1%.

Caracterele de subgrupă sunt hereditare și se transmit prin gene deosebite A_1 , A_2 și A_3 (Thomsen, Friedenreich), deci caracterele sistemului sanghin OAB se transmit în total prin 5 gene (O, B, A_1 , A_2 , A_3) din cari A_1 și A_2 sunt dominante în raport cu O.

Evidențierea și identificarea subgrupelor A se face cu ajutorul aglutininelor speciale.

Cercetările lui Landsteiner au arătat că aglutina α (anti-A) din serurile B și O se compune din două părți, dintre cari una (α_1), având putere de aglutinare mică, nu se fixează decât pe globulele sensibile (A_1), iar cealaltă (α_2) foarte puternică, aglutinează atât globulele A_1 cât și cele A_2 .

Pe lângă aglutininele de mai sus s'au mai izolat din ser de om așa numitele aglutinine speciale („Extraaglutinine”) sau neregulate (irregulare Aglutinine) α_1 și α_2 , cu acțiune de aglutinare specifică asupra globulelor A_1 (α_1), A_2 și A_3 (α_2).

Aglutininele neregulate α_1 și α_2 se repartizează în serul de om conform regulii lui Landsteiner, adică sunt prezente acolo unde lipsește aglutinogenul sensibil la acțiunea lor. Astfel aglutinina neregulată α_1 se găsește în serul persoanelor aparținând grupelor A_2 cu o frecvență de 60%, dar în deosebi în serul A_2B cu o frecvență de 250%, iar aglutinina α_2 , mai rară decât α_1 , se află în serul A_1 (1.50%) și mai ales în A_1B (40%).

Este important de notat că aglutininele neregulate α_1 și α_2 acționează la temperatura de 15–18° și rareori la 20–25°. Din cauza acestei particularități ele nu sunt active în condițiuni biologice, deci în organism, în schimb prin prezența lor ar putea să falsifice rezultatele reacțiilor de identificare a grupelor sanghine în vederea transfuziei (v. identificarea grupelor).

Acțiune analoagă cu cea a aglutininei neregulate α_2 , adică de aglutinare a globulelor A_2 și A_3 , o are și aglutinina anti-O din serul animalelor (bou, iepure). Efectul acestei aglutinine asupra globulelor A_2 și A_3 se explică prin faptul că ea aglutinează antigenul O din aceste globule.

După cum am mai amintit, antigenul O se găsește în toate globulele în proporție cu atât mai mare cu cât celelalte calități de antigen sunt mai puțin reprezentate. Așa se explică de ce globulele A_2 și A_3 , cu caracterele de antigen A_2 și A_3 extrem de slabe, conțin în mod constant antigenul O și aglutinează în mod regulat sub acțiunea serului animal anti-O.

Practic evidențierea subgrupelor A_1 și A_2 se face cu ajutorul serului α_1 și serului animal anti-O, cu acțiune asemănătoare cu aglutinina neregulată α_2 . Serul α_1 cu acțiunea specifică asupra aglutinogenului A_1 se prepară din serul de om din grupa O sau B prin metoda absorbției. Pentru izolarea aglutininei α_1 serul se tratează cu globulele A_2 , cari fiind puțin sensibile vor fixa aglutinina puternică α , lăsând liberă aglutinina α_1 . Serul preparat din grupa O, având pe lângă aglutinina α_1 și cea anti-B, poate fi întrebuințat numai pentru identificarea subgrupeii A_1 și nu a lui A_1B , pentru care se va întrebuința serul α_1 , pregătit pentru absorbția serului B, care după cum se știe este lipsit de aglutinina β .

Serul anti-O necesar pentru identificarea subgrupeii A_2 se prepară din ser de vită sau porc. Se alege un ser a cărui acțiune anti-O este mai mare decât cea anti- A_1 . Pentru izolarea aglutininei anti-O serul se absoarbe cu globulele A_1B . Serul astfel preparat va

aglutina globulele A_2 și nu A_1 . În sfârșit, identificarea subgrupelor A_1 și A_2 se poate face și cu aglutininele neregulate α_1 și α_2 din unele seruri de om.

În ce privește grupa B, în aceasta nu s'au putut identifica mai multe subgrupe. Este adevărat că și sensibilitatea globulelor B la acțiunea aglutininei β variază, însă această variație nu reprezintă ca în cazul grupeii A un caracter hereditar.

b) *Sistemul sanghin M N.* — Caracterele sanghine M, N au fost descrise de Landsteiner în 1927–28. Ele sunt datorite prezenței antigenelor M, N, cari se repartizează în globulele roșii alături de cele AOB și independent de acestea, reprezentând un sistem sanghin deosebit. Caracteristic pentru acest sistem este faptul că aglutininele corespunzătoare aglutinogenelor M și N (anti-M, anti-N) nu se găsesc decât în mod excepțional în ser de om (Friedenreich, Iseki-Fukao) și ceva mai des în ser de animale (iepure, porc, bivol, maimuță).

Caracterele sanghine MN, ca și cele din sistemul AOB, sunt inalterabile și se transmit printr'o pereche de gene MN, cari pot da trei phenotipi (N, NM și M).

Repartizarea celor trei grupe din sistemul MN în Europa de Nord și Centrală este de 29,07–29,7% pentru M, 19,6–21,4% pentru N și 49,53–50,7% pentru MN (Schiff-Germania, Clausen-Danemarca).

Evidențierea caracterelor M și N se face cu ajutorul serurilor anti-M și anti-N, obținute prin imunizarea iepurilor cu globulele roșii de om și purificate (făcute monovalente) prin absorbția cu globule roșii de om.

În ultimii ani, datorită cercetărilor lui Friedenreich (1936–1937), s'a putut diferenția subgrupul N_2 , care se transmite printr'o genă specială N_2 și se caracterizează printr'o sensibilitate redusă a aglutinogenului. Factorii P, Q, S și X, cari s'au mai descris în ultimul timp, sunt mai puțin cunoscuți și insuficient studiați.

c) *Formarea, repartizarea și eliminarea aglutinogenelor.* — Locul și mecanismul de formare a aglutinogenelor nu se cunoaște exact. Ele apar în luna a treia a vieții intrauterine, ajungând la sensibilitate maximă la șase luni sau un an după naștere. Evidențierea lor la copiii nou-născuți se poate face cu ajutorul homotestelor puternice, în deosebi cu serurile obținute prin imunizare.

În ce privește aglutininele, de regulă ele lipsesc la naștere și apar în luna 3–5 a vieții, ajungând la dezvoltare maximă între anii 5–10. Titrul lor se menține ani de zile la un nivel invariabil și apoi scade la bătrânețe.

Aglutinogenul și aglutininele sunt termostabile, rezistând la temperatura de 80–100°.

Repartizarea reciprocă a aglutinogenelor și aglutininelor din sistemul OAB se face în general după regula lui *Landsteiner*, după care aglutininele lipsesc acolo unde există aglutinogenul homolog și sunt prezente acolo unde lipsește acest aglutinogen.

Cu alte cuvinte, la același individ aglutininele și aglutinogenele homoloage se exclud reciproc.

Regula lui *Landsteiner* prezintă numeroase excepții. Astfel se găsesc așa numitele grupe defectuoase în cari deși lipsește aglutinogenul, aglutinina corespunzătoare nu există, cum ar fi de exemplu grupa A fără anti-B (Ao), sau B fără anti-A (Bo), O fără anti-A și anti-B (Oo). În sfârșit sunt și grupele A_2 , A_2B , A_1 , A_1B , în cari pe lângă aglutinogenul A se află în primele două cazuri și extraaglutinina α_1 , iar în ultimele două extraaglutinina α_2 , cari deși sunt compatibile cu A_2 și A_1 , totuși diferențiază tipul sanghin.

Antigenele din sistemul AOB se află nu numai în globulele roșii, ci și, în concentrațiuni variabile, în toate țesuturile și umorile, cu excepția sistemului nervos, testicolului, cartilagiilor, cristalinului și corpului vitros și a lichidului cefalo-rachidian, cari sunt lipsite de aglutinogene (*Josida*). Prezența aglutinogenelor în lichide nu se datorește eliminării lor din sânge, ci elaborării lor de către țesuturile glandulare, proces care are loc numai la oameni, în proporție de 85%.

Existența sau lipsa acestui proces numit altădată de eliminare, adică însușirea persoanei de a fi sau de a nu fi „excretor” de aglutinogene, este o calitate care se transmite hereditar prin două gene, dintre cari una S dominantă pentru „excretorii” de aglutinogene și s pentru neexcretori.

Stabilirea calității de ne- sau de excretor și determinarea naturii aglutinogenelor eliminate prin diferite lichide (spermă, salivă, etc.) servește în medicina legală pentru identificarea infractorilor, etc. Identificarea aglutinogenelor „excrete” se poate face cu multă ușurință din spermă și salivă, unde titrul lor se ridică până la 1%.

d) *Determinarea grupelor sanghine (tehnică).* — Identificarea grupelor sanghine la Centrul de Transfuzie din Sibiu se face în toate cazurile prin două probe încrucișate, dintre cari una evidențiază aglutinogenele din globule, iar cealaltă aglutininele din ser, eliminând astfel orice cauză de eroare.

Stabilirea naturii aglutinogenului și identificarea consecutivă a grupei sanghine se face prin aglutinarea hematiilor cu ajutorul aglutininelor preformate din ser de om (ser A și B), sau cu ajutorul serurilor obținute prin imunizarea animalelor.

Reacția poate fi executată cu metoda lamei, a tuburilor și a capilarelor. Noi am făcut-o cu metoda lamei a lui *Beth-Vincent*, întrebuițând hemotestele din ser de om A (II sau anti-B) și B (III sau anti-A). În

toate cazurile, pe lângă cele două seruri s'a utilizat și serul O (IV sau anti-A și anti-B).

α) *Prepararea hemotestelor.* — Hemotestele noastre au fost pregătite din serurile persoanelor din grupa A și B, seruri controlate în repetate rânduri și întrebuițate de ani de zile în laboratorul de fiziologie.

Prepararea hemotestelor se face în felul următor: Sângele se recoltează din vena cotului dimineața „à jeun”, se ține la început timp de o oră la temperatura camerei, apoi se lasă în contact cu globulele timp de 24 ore în frigidaire la o temperatură de $+2-+5^{\circ}$. A doua zi serul se separă de globule prin centrifugare, se inactivează timp de 30 minute la 56° , se titrează cu globulele A și B și se înfiiolează în fiole de 1 cmc, după ce în prealabil i s'a adăogat, pentru fiecare cm³ câte o picătură dintr'o emulsie de tricrezol în fiziologic, ca mijloc de conservare și câte 7 mg. de citrat de sodiu. În ce privește titrul, adică puterea de aglutinare a hemotestelor, după instrucțiunile franceze, ea trebuie să fie de cel puțin $1/16$, după cele germane $1/64$, iar după cele englezești de $1/100$.

Titrul de aglutinare al hemotestelor întrebuițate de noi este de $1/64$ pentru serul A, $1/128$ pentru cel B și $1/512$ pentru hemotestul O (IV sau anti-A și anti-B).

Tehnica pentru determinarea titrului de aglutinare este trecută în altă parte a lucrării. (V. Selecționarea donatorilor.)

Hemotestele pregătite în condițiile arătate de noi, păstrate în fiole de Jena la întuneric și la temperatura de $+2-+5^{\circ}$ își păstrează puterea de aglutinare specifică nealterată peste șase luni. Ele au fost încercate în laboratorul nostru ani de rânduri pe mii de persoane (studenți, soldați) dând rezultate foarte bune.

β) *Determinarea grupelor sanghine cu ajutorul hemotestelor.* — Identificarea grupelor sanghine cu această probă se face urmărind efectul hemotestelor A și B asupra globulelor roșii din sângele de analizat. Pentru reușita probei este important ca globulele de analizat să fie amestecate cu hemotestul într'o proporție convenabilă (aproximativ 1 : 20).

Practic determinarea se face amestecând pe o lamă de sticlă câte o picătură din hemotestele A și B cu câte o picătură din sângele de analizat. Pentru a asigura păstrarea proporției potrivite dintre ser și globule, unii autori întrebuițează o emulsie de globule roșii de 5% în citrat de sodiu (0,1 cm³ de sânge amestecat cu 0,9 cc de citrat de sodiu 3%), adăogând câte o picătură din această emulsie la o picătură de hemotest.

Proporția dorită poate fi realizată printr'un procedeu mai simplu. Sângele de analizat, recoltat prin înțeparea pulpei degetului cu acul lui Franke, se ia cu colțul unei lame în așa fel ca picătura ridicată să fie aproximativ de 5—10 ori mai mică decât picătura

de hemotest și apoi se amestecă omogen rând pe rând cu hemotestele A și B, întrebuițând bine înțeles picături deosebite de sânge și colțuri diferite ale lamei pentru fiecare hemotest. (V. figura nr. 1.)

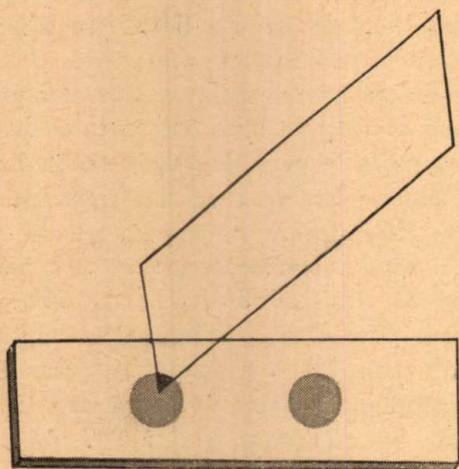


Fig. Nr. 1

Rezultatele se citesc la 1—2, cel mai târziu la 5—7 minute.

Când aglutinarea are loc, globulele roșii se separă de ser sub forma unor grunji cari plutesc în mediul devenit clar și incolor, iar în caz contrar amestecul continuă să aibă aspectul unei emulsii omogene.

Globulele din grupa O (IV) rămân neaglutinate, cele din grupa A (II) sunt aglutinate de hemotestul B (III), iar globulele din grupa B (III), de hemotestul A, pe când globulele din grupa AB (I), având amândouă aglutinogenele, vor fi aglutinate de amândouă hemotestele.

Deși metoda lamei a lui *Beth-Vincent* este foarte simplă și expeditivă, totuși rezultatele obținute cu această metodă pot fi falsificate prin întrebuițarea unui material defectuos sau a unei tehnici greșite.

Cauzele cari pot falsifica rezultele sunt următoarele :

1. *Prezența aglutinogenelor A_2A_3* , cari fiind puțin sensibile nu reacționează cu hemotestul B, ceea ce face ca subgrupele A_2 , A_3 și A_2B să nu fie recunoscute, fiind luate, prima drept O, iar a doua drept grupa B.

Pentru a evita aceste greșeli, unii autori (*Jean-neney*, *Pietrusky*) cât și „Instrucțiunile germane” recomandă pe lângă hemotestele A și B și hemotestul O, având în vedere că puterea aglutinantă anti-A a acestui ser este mult mai mare decât cea a serului B.

La Centrul de Transfuzie și Conservarea sângelui din Sibiu, pentru identificarea grupei sanghine a donatorilor se întrebuițează în mod curent și hemotestul O cu titrul de $1/512$.

Interpretarea rezultatelor obținute cu hemotestele II (A), III (B) și IV (O) este expusă în mod schematic în tabloul următor și reprezentată grafic în figura nr. 2.

	Hemotest A (II, anti-B, sau β)	Hemotest B (III, anti-A, sau α)	Hemotest O (IV, anti-A, anti-B, sau α, β)
Globule O	—	—	—
Globule A	—	+	+
Globule B	+	—	+
Globule AB	+	+	+
Ser B. (anti—A.)	Ser A. (anti—B.)	Ser O. (anti—A.) (anti—B.)	

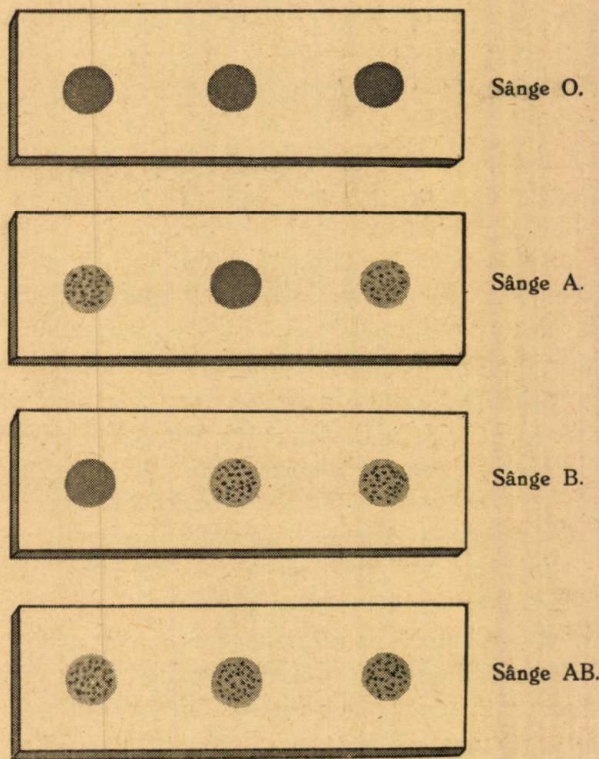


Fig. Nr. 2

2. *Pseudoaglutinarea* este datorită tendinței exagerate a globulelor de a se așeza în fișicuri, dând impresia unei aglutinări. Pseudoaglutinarea este favorizată de prezența fibrinogenului din sângele de analizat. Ea poate fi evitată întrebuițând sângele de analizat în cantități mici în raport cu cantitatea hemotestului.

3. *Aglutinarea „a frigore”* este datorită unor aglutinine cu acțiune nespecifică, cari se fixează pe toate globulele roșii, chiar pe acelea corespunzătoare grupei sanghine din care provin aglutininele, de ex. aglutininele din serul A pe globulele A, falsificând astfel rezultatele determinărilor. Aglutininele cu acțiune nespecifică acționează de obicei la temperatura joasă 0—5° și rareori la 18—20°, de aici și numele care li s'a dat (Kälteaglutinine). Aglutinarea „a frigore” poate fi deosebită de cea specifică prin faptul că ea se produce încet (10'—15'), pe când aglutinarea adevărată se face în timp de 1'—2'.

Greșelile datorite aglutinării „a frigore” pot fi evitate înlăturând aceste aglutinine din hemoteste și

împiedecând acțiunea aglutininelor cu efect nespecific din sângele de analizat.

Înlăturarea aglutininelor cu acțiune nespecifică „a frigore” din hemotest poate fi realizată ținând sângele din care se prepară hemotestul timp de 24 ore la frigidaire, timp în care aceste aglutinine se fixează pe globulele roșii, iar aglutininele nespecifice din sângele de analizat pot fi inactivate făcând proba lui *Beth-Vincent* la o temperatură de peste 20° și întrebuițând cantități mici din sângele de analizat.

4. *Aglutinarea specifică* poate fi împiedecată de *factori de inhibiție* proveniți din serul activ al sângelui de analizat. Efectul acestor factori poate fi înlăturat sau micșorat amestecând sângele de analizat cu hemotestul în proporție potrivită (1 : 10), ceea ce duce la inactivarea prin diluție a factorilor de inhibiție.

5. *Panaglutinarea* este o aglutinare nespecifică datorită unei aglutinine care se află în toate serurile și are proprietatea de a se fixa pe globulele roșii sensibilizate la acțiunea acestor aglutinine prin infectarea microbiană (coci, coli, piocianeu, etc.). Ea survine atunci când se lucrează cu o emulsie veche de globule roșii, sau cu hemoteste infectate. Panaglutinarea poate fi evitată întrebuițând sânge de analizat proaspăt recoltat și controlând din când în când acțiunea de aglutinare a hemotestelor cu globulele A, B și O.

Făcând determinarea grupelor sanghine la mii de persoane, cu precauțiile de mai sus, noi n'am observat fenomenul de panaglutinare decât o singură dată. În cazul nostru era vorba de o fiolă de hemotest, dovedit mai târziu infectat, care aglutina globulele din orice grup.

Proba lui *Beth-Vincent* făcută chiar în condițiuni reproșabile, cu eliminarea tuturor factorilor de eroare, nu face identificarea grupelor cu o *precizie absolută*, cum se cere în cazul sângelui conservat care se întrebuițează de cele mai multe ori pentru transfuziuni urgente făcute fără nici un control preliminar.

γ) Pentru a realiza o identificare precisă de grup, la Centrul din Sibiu concomitent cu proba lui *Beth-Vincent* se face și o *probă inversă*, care determină comportarea serului de analizat față de globulele standard A și B, identificând astfel aglutininele din sângele de analizat.

În linii generale proba de control se face amestecând într'o eprubetă serul de analizat cu globulele standard A și B. Rezultatele pe cari le dă această probă sunt în mod schematic următoarele :

	Globule A	Globule B
Serul O	+	+
Serul A	—	+
Serul B	+	—
Serul AB	—	—

Unii autori fac această determinare amestecând în pipeta pentru numărarea leucocitelor (amestecătorul

lui Potain) serul persoanei de analizat cu o emulsie citratată 5% din globulele standard A și B în așa proporție, ca serul de analizat să fie diluat de 10 ori (*Schürch-Willenegger-Knoll*). Metoda este foarte expeditivă, putând fi executată în câteva minute. Desavantajul metodei lui Schürch constă în faptul că ea nu permite evidențierea aglutininelor din serurile a căror putere aglutinantă este mică și nu se manifestă în diluția de 1 : 10. Aceste seruri se întâlnesc într'o proporție destul de ridicată. Astfel, la Centrul de Transfuzie din Sibiu, din 152 de seruri din grupa O, 12 au avut titrul de aglutinare anti-A și 17 titrul anti-B mai mic decât 1/10. Pe de altă parte diluția de 1 : 10 nu este totdeauna destul de mare pentru a inactiva aglutininele neregulate (α_1 , α_2 , anti-M, anti-N,) care la temperatura camerei la care se face proba și la diluția de 1/10 își manifestă puterea aglutinantă, falsificând rezultatele.

Pentru a evita greșelile de mai sus noi am făcut controlul serului de analizat în eprubete, la temperatura de 37°, întrebuițând tehnica obișnuită pentru determinarea titrului de aglutinare a serului (Dahr). Proba se face cu două șiruri de câte cinci eprubete (50 mm x 5 mm). În fiecare eprubetă se introduce la început serul fiziologic (Cl Na 90/0) în cantități de 0, 1 cmc, apoi se adaugă serul de analizat în așa fel ca diluția lui în serul fiziologic să fie de 1/2, 1/4, 1/8, 1/16, 1/32, iar cantitatea totală a amestecului, de 0,1 cmc. Ca să realizăm această diluție introducăm în prima eprubetă din șirul întâi și al doilea câte 0,1 cmc din serul de analizat, după ce-l amestecăm cu soluția de Cl Na, luăm din prima eprubetă 0,1 cmc din amestec și îl introducăm în eprubeta a doua, unde serul de analizat se va dilua de patru ori, în a treia de opt ori, în a patra de 16 ori etc. În același fel diluăm serul de analizat și în al doilea șir de eprubete. Apoi în fiecare eprubetă din șirul întâi se adaugă câte 0,1 cmc din emulsia standard de globule roșii A iar în eprubetele din șirul al doilea hematiile B. Soluția standard de globule este o emulsie 1% de globule în citrat de sodiu 3%. Prepararea acestei emulsii se face amestecând 0,1 cmc de sânge recoltat din pulpa degetului cu 4,9 cmc citrat de sodiu 3%.

Amestecul de globule standard și ser de analizat se ține timp de o oră la temperatura de 37°, după care se citesc rezultatele. În eprubetele unde are loc aglutinarea globulele se adună în grămezi, iar acolo unde aglutinarea lipsește, amestecul rămâne omogen colorat în roz.

Rezultatele acestei probe pot fi falsificate prin următoarele :

1. *Inhibiția aglutinării și hemoliză*. Ea este datorită factorilor de aglutinare și hemoliză activi din serul proaspăt (neinactivat), care datorită acțiunii exce-

sive în loc să producă aglutinarea produce hemoliza, îngreunând interpretarea rezultatelor (*Holzer*). Greșelile datorite acestor factori pot fi evitate prin întrebuițarea serului inactivat sau diluat în proporție de cel puțin 1/6.

2. *Prezența aglutininelor neregulate α_1 și β_2* în serul A_2 , A_1 , A_2B și A_1B ar putea să falsifice rezultatele numai în cazul în care determinarea aglutinării din serul de analizat s'ar face la temperatura camerei și din ser nediluat, condiție în care aglutininele neregulate își manifestă activitatea.

Tehnica întrebuițată de noi exclude posibilitatea de eroare datorită hemolizei sau aglutininelor neregulate, prin faptul că serul de analizat se diluiază până la 1/32, iar determinarea se face la temperatura de 37°, condiție în care atât factorii de inhibiție și de hemoliză cât și aglutininele neregulate se inactivează.

3. *Panaglutinare*, adică aglutinarea nespecifică, poate fi înlăturată prin întrebuițarea serului de analizat și a globulelor în stare proaspătă (neinfectate).

4. *Prezența grupelor incomplete* ($O\alpha$, $O\beta$, $A\alpha$, $B\alpha$), cari pot fi identificate comparând rezultatele obținute cu amândouă probele încrucișate.

Întrebuițând tehnica probei încrucișate în con-

dițiunile arătate de noi, cu 3 hemoteste și globulele standard, A și B, se pot evita multe erori în identificarea grupelor sanghine.

Astfel subgrupa A_2 poate să nu aglutineze cu ajutorul hemotestelor A și B și să fie confundată cu grupa O. Greșeala poate fi repetată și la contraproba făcută cu testglobule A și B, dacă această probă nu se execută corect.

Se știe că serul A_2 poate să aibă pe lângă aglutinine β și o aglutinină neregulată α , (6%). Pus în contact cu globulele A și B un astfel de ser le aglutinează pe amândouă, adică se comportă ca un ser O. Tot datorită cauzelor de mai sus A_2B poate fi confundat cu B. Pentru a evita aceste greșeli este bine ca identificarea aglutinogenului să fie făcută nu numai cu hemotestele A și B dar și cu hemotestul O, cu puterea aglutinantă (Anti-A) ridicată (1/256-1/512), iar identificarea aglutininelor, cu serul diluat și la temperatura de 37°, condiție în care aglutinina neregulată α_1 , rămâne inactivă.

De altfel și instrucțiunile germane din 1937 și 1940 recomandă executarea ambelor probe pentru identificarea grupelor în vederea transfuziei și pe lângă aceasta și proba directă de compatibilitate.

(Continuare în nrul viitor)

Recidivă osoasă generalizată a cancerului mamar

de

Doctor Paul Surianu,
Medic Primar

Metastazele osoase în cursul evoluției tumorilor maligne sunt fapte de observație curentă. Ele nu au de obicei importanță prea mare diagnostică, căci tumora primitivă se afirmă cu mult timp înaintea apariției metastazelor.

În unele cazuri însă, aceste metastaze servesc de adevărate indici în stabilirea diagnosticului. De aici importanța evidențierii lor. Ele au anumite locuri de predilecție. Organele tributare circulației portale: stomac, intestine, vezică biliară, dau metastaze mai frecvent în ficat; Organele pendente de circulația cavă metastazează mai des în oase. Frecvența cu care se produce acest fapt se ridică după Rohlrich în 20—30% din cazuri. Acesta e motivul pentru care Sehlinger, Schlitz și Baensch preconizează radiografia oaselor scheletului în toate tumorile organelor de circulație cavă înainte de a li se face indicația operatorie.

Fränkel și Sehlinger au publicat câteva cazuri la

care tumora primitivă nu s'a putut descoperi până ce radiografia nu a relevat metastazele osoase.

Cazul pe care îl prezentăm are importanță tot din acest motiv, el fiind diagnosticat abia în urma radiografiilor coloanelor vertebrale.

Bolnava M. E. căsătorită, casnică, în vârstă de 54 ani, s'a internat în spitalul „Gârleși” Buzău, la data de 19 Decembrie până la 25 Decembrie 1941, pentru dureri în articulațiile genunchiului, regiunea lombo-sacrată, a cotului, a mandibulei, ochiului stâng, slăbire progresivă, pierde ea forței musculare și transpirație abundentă.

Antecedentele heredo-colaterale: tatăl mort în urma unei boli necunoscute de boală. Mama sănătoasă.

Antecedente personale. În afară de o amigdalită nu ar fi suferit de nicio boală infecto-contagioasă. Menstruată la 16 ani, nu a avut nașteri, nici avorturi. Se găsește în menopauză de la vârsta de 46 ani.

În istoricul bolii relevăm că, înainte cu 4 ani în 1937, a suferit o ablație a mamei stângi pentru un infiltrat diagnosticat bacilar cu care ocazie ganglionii axilari au fost lăsați pe loc și i s'a aplicat bolnavei un tratament cu raze ultra-violete. Injecții de Calciu și Guadil-Wassermann (Spitalul Viting București).

În Decembrie anul 1939 îi apar pentru prima dată dureri în regiunea sacro-iliacă și în extremitatea inferioară dreaptă. Ele fiind considerate de Sciatită a urmat o serie de injecții antireumatice și calmante fără ca pe urma lor să se amelioreze. După câteva luni durerile s'au extins și la alte articulații și la stern.

În 12 Iunie 1940 s'a internat la Spitalul Colentina din București, unde după 2 săptămâni de observație i s'a pus diagnosticul de spondilită vertebrală, Hiperprolanemie de menopauză, Colecistită, Litiază biliară. I s'a recomandat intervenția chirurgicală care s'a făcut în cursul lunii Iulie, îndepărtându-se vezica biliară împreună cu 5 calculi. În tot acest timp cicatricea mamară s'a menținut perfect suplă iar ganglionii axilari stângi erau de mărimea unor alune, fără să trezească bănuiala unui proces malign.

După o lună crizele dureroase s'au repetat din nou cu sediul în regiunea sacro-lombară, stern, regiunea latero-toracică dreaptă și extremități. Consultă un nou medic, care suspectându-o de colibaciloză și colită o tratează cu desinfecante urinare și intestinale. În cele din urmă pentru calmarea durerii s'au recurs la opiacee. De o săptămână observă o tumefacție a pleoapei din dreapta care-i micșorează deschiderea palpebrală. Are dureri de cap în toată calota, dureri în maxilare cu tumefacția buzei și o senzație de amorțeală la limbă care o deranjează la masticatie. Cu aceste fenomene se internează în spitalul „Gârlași” la 19 Decembrie 1941.

La examen se constată: statură mică, țesutul celulo-adipos bine dezvoltat, paloarea tegumentelor. În locul mamelei stângi o cicatrice operatorie cu aspect Keeloid, ușor infiltrat și ușor dureros. Ganglionii axilari stângi palpabili, de mărimea unor alune. Țesutul muscular și osos intact. Din partea sistemului nervos nimic de remarcă.

Aparatul respirator, relațiuni normale.

Aparatul circulator: sgomote cardiace clare ritmice, tensiunea arterială $13\frac{1}{2}$ — $7\frac{1}{2}$. — V. L.

Aparatul digestiv. Prezintă o cicatrice operatorie la nivelul vezicii biliare cu ușoară sensibilitate la presiune.

Ficatul, splina, rinichii, relațiuni normale.

Aparatul genital: amenoree de menopauză.

Exame de laborator: Polinucleare 72%, Limfocite 22%, Monocite 2%, Euzinofile 0%, Neutrocite nesegmentate 3%, Hematii nucleate 1%.

Globulele roșii, 3.500.000, Hemoglobina 64%. Leucocite 6400. R. Wassermann negativă. Ureea 0.36%. Viteza de sedimentare la 30 minute 60 — la o oră = 100, la 2 ore 144 diviziuni.

Examenul urinei relațiuni normale. Bili- și Urecultura sunt negative.

Puncția sternală nu prezintă modificări apreciable patologice.

Afectați de durerile intense osoase ale bolnavei am făcut o Radiografie a calotei și a vertebrelor lombo-sacrate clișeele au fost într'adevăr impresionante. Calota prezintă stratul spongios plin de clarifieri rotunde neregulate care dau aspectul bălțat ca mâncat de molii. Radiografia coloanei vertebrale arată atât vertebra a 5-a lombară cât și osul sacru și în parte ilionul clarifieri neregulate cu dispariția desenului trabecular dând și aici un aspect bălțat.

Pe baza acestor constatări radiologice am eliminat boala lui Schüller Cristlan, unde celulele lipidice produc distrucțiunile osoase în formă de hartă geografică.

Am eliminat osteita diformantă, care datorită procesului de osteoporeză și osteoscleroză duce la îngroșări osoase și la proeminențe neregulate a corticalei calotel.

Am eliminat mielomul multiplu negăsindu-se în puncția sternală celule tipice ale acestela.

Am interpretat acest aspect radiografic ca și o metastază osoasă generalizată ale unui carcinom. Rămânea să stabilim punctul de plecare. Experiența clinică ne demonstra apariția acestor metastaze în legătură cu hipernefromul, adenomul tiroid și cancerul mamar. Am procedat la alte examinări de laborator. Am făcut o biopsie la unghiul superior al cicatricel mamar unde s'a palpat o infiltrație. Examenul histo-patologic s'a făcut la Institutul Babeș de către domnul Profesor Dr. Crăciun. Diagnosticul a fost următorul: Metastaze sub-cutanate cu celule mici întunecate. Zone de necroză și inflamație cronică.

S'a precizat astfel punctul de plecare al acestor metastaze generalizate osoase dela o recidivă a cancerului mamar.

Sistemul osos este un loc de predilecție pentru metastazele cancerului mamar. Kaufmann din 50 cancere mamare, 39 au arătat metastaze osoase, deci un procent de 78%; Localizarea lor de predilecție o constituie basnul, vertebrele, diafizele oaselor lungi, calotă și maxilare. Reiklinghausen a susținut că această topografie este în raport cu travaliul fizic și o circulație mai intensă. Cercetările ulterioare care au demonstrat prezența metastazelor canceroase în trachee, aortă, etc., au probat mai mult teza unei afinități biochimice.

Zadek și Sonnenfeld au găsit în aceste metastaze osoase modificări a tabloului hematologic caracterizat prin prezența de normoblaști, mielocitoză, iritativă, deviația spre stânga Schilling, care la cazul nostru lipseau.

Metastazele osoase după Leuz și Fried produc o înlocuire a măduvei prin țesutul tumoral, fără să modifice corticale. În urma acestor distrugerii și neoformațiunile osoase se pot produce foarte des fracturi spontane.

Prima fractură ale metastazelor osoase a fost descrisă în 1723 de Pettit.

Leuz și Fried stabilesc trei grupe de malignitate după mărimea colorabilitatea, mltioza și vacuolarizația celulelor tumorale, ei au indicat și anumite date de importanță prognostică: recidiviază tumora canceroasă după trei sau 4 ani, putem conta cu o durată a vieții dela 2½ ani în sus.

Dacă recidiva apare după 2½ ani, durata vieții este până la 2 ani, iar dacă apare după primul an, prognosticul fatal este sub unul și jumătate an.

Aceste date par a se fi confirmat și la cazul nostru.

Bolnava după părăsirea serviciului a fost revăzută de noi în repetate rânduri. Starea generală a mers agravându-se. Au apărut numeroase tumorete cutanate de culoare roșie închisă care infiltrau dermul. S'a produs tumefacțiunile circumscrie a coastelor și o formațiune osoasă proeminentă a orbitel care apăsa globul ocular drept diminuându-l considerabil vederea.

Durerile au devenit din ce în ce mai mari, atât la oasele capului cât și la cele ale corpului, pentru cal-

marea cărora s'a recurs la injecțiile de Dilauid-atropină, injectate cu ser fiziologic intravenos care aducea o calmare de câteva zile. Cu acest tratament completat cu alte analgezice, boala a dus-o până în 15 Februarie 1942, când fenomenele de retenție vezicală și intestinală l-au accelerat sfârșitul.

În concluzie, Radiografiile osoase ale bolnavului au stabilit diagnosticul retrospectiv a tumorii mamare operate în 1937 și care în lipsa unui examen anatomo-patologic a fost considerată drept tuberculoză.

Bibliografie

Assman: Röntgendiagnostik.

Schintz și Baensch: Handbuch d. Klemperer Neue Deutsche Klinik.

SPITALUL DE MEDICINĂ INTERNĂ „GÂRLAȘI”
„MARIA MINCULEASA”, BUZĂU

RESUMÉ

Récidive osseuse généralisée après un cancer mammaire

On décrit une malade de 54 ans qui il y a 4 ans, a été opérée d'une tumeur à la mamelle gauche. Cette tu-

meur en absence de l'examen anatomo-pathologique avait été considérée d'origine tuberculeuse. Deux ans après l'opération des douleurs sont apparues dans la colonne vertébrale et dans d'autres os. Quatre ans après l'opération l'auteur établit à l'aide de la radiographie de la calotte crânienne et des vertèbres lombo-sacrées le diagnostic des métastases osseuses généralisées, consécutives à un cancer mammaire, qui, à cette occasion a été lui aussi diagnostiqué par une biopsie faite d'un infiltrat de la cicatrice mammaire.

ZUSAMMENFASSUNG

Generalisierte Knochenrezidive nach Mammacarcinom

Es wird der Fall einer 54 jährigen Patientin beschrieben, die vor 4 Jahren wegen einem linksseitigen Mammatumor operiert wurde. Der Tumor wurde damals — eine pathologisch-anatomische Untersuchung wurde nicht ausgeführt — für tuberkulöser Natur gehalten. Nach 2 Jahren traten Schmerzen in den lumbosakralen Wirbeln und in anderen Knochen auf 4 Jahre nach der Operation stellt der Autor röntgenologisch die Diagnose auf generalisierte Knochenmetastasen ausgehend von einem Mammacarcinom. Diesmal wurde auch ein kleines Infiltrat der Operationsnarbe histologisch untersucht und obige Diagnose bestätigt.

Sarcină luna VII-a. Chist ovarian torsionat, operat. Naștere spontană la termen

de

Dr. V. Moșoiu

Coexistența sarcinei cu un chist ovarian constituie un fapt clinic destul de rar, de aceea ne permitem de a relata observația de mai jos:

Maria P., casnică, în vârstă de 28 ani, este internată în Serviciul gineco-obstetrical al Spitalului Gh. Mărzescu Brașov în ziua de 1 Noiembrie 1940, pentru sarcină în luna VII, dureri iliacale drepte și vărsături.

Antecedente heredo-colaterale și personale fără importanță.

Menstruată dela 16 ani, ritm 21/4 zile, dismenoreic. Nulipară. Primigestă în 7 luni. Ultima menstruație în Aprilie. De o lună și ceva percepe mișcările fătului. Sarcina evoluează normal până înainte de internare.

Boala actuală debutează brusc acum câteva ore cu dureri atroce în fosa iliacă și flancul drept, discontinui, ce se exacerbează la mișcări, obligând bolnava să ia atitudini forțate. Dela început durerile s'au însoțit de grețuri și vărsături bilioase, cedând apoi spontan la scurt interval. Văzută de moașe, pacienta este sfătuită să se interneze în spital. La intrare este examinată de medicul de gardă care în fața tabloului clinic de mai sus pune diagnosticul de Gravidă l. VII. Apendicită acută, indicând operația de urgență.

După scurtă vreme examinez și eu pacienta care prezenta următoarea stare: de constituție bună, tegumente și mucoase bine

colorate. Puls 90'. Temperatura 37°. Abdomenul destins de o tumoră ovoidă, moale, mediană, depășind cu două degete ombilicul, permițând percepția palpatorie de părți mari și mici fetale, de mișcări active, iar ascultatoric șgomote cardiace fetale.

Vulvă, vagin, iperemiate, violacei, cu ipersecreție mucoasă. Col ramolit. Orificiul extern nemodificat.

Pe latura dreaptă a uterului gravid, prin fundul de sac vaginal drept se palpează o tumoră renitentă, cu contur estompat ovoid, dureroasă, ușor fluctuantă, de mărimea unui cap fetal în 6 luni, mobilă, ce nu face corp cu uterul. Abdominal, uterul gravid se diferențiază palpatoric în dreapta de o tumoră renitentă, mobilizabilă, care se separă de uter printr'un ușor șanț oblic. Inspectia arată o ușoară bombare a fosei iliacale drepte, net separată de uter, desenând o convexitate în sus. Proba lui Reeb instituită confirmă independența tumorii de uterul gravid. Enunț deci diagnosticul de Sarcină l. VII. Chist ovarian drept torsionat.

Se intervine, la deschiderea peritoneului apare în plagă pereterele unei tumori chistice, lucii, netede, ușor albastrii. Mărind incizia, se constată natura tumorii. Se puncționează și se evacuează conținutul pentru ușurința extirpării. Se detorsează pediculul de două ori torsionat și după ovariectomie se face și ablația apendicelui care nu prezintă nici o modificare patologică.

Piesa extirpată arată un chist unilocular, cu conținut seros de mărimea a doi pumni de adult.

Mersul post operator e bun. Se administrează zilnic 5 mgr corp galben și clisme cu cloral hidrat. Sarcina își continuă evoluția normal, așa că bolnava părăsește serviciul complet restabilită după 15 zile.

Revine în serviciu la 12 Februarie 1941, pentru a naște spontan și la termen un făt viu de sex masculin, greutatea 3500 grame. Lehuzie normală. În 28 Februarie mama și copilul părăsesc serviciul în perfectă stare.

Găsesc oportun publicarea observațiunei de mai sus pentru: tabloul clinic realizat, pentru calea abordată, (incizia Jalaquier) determinată de indolala de diagnostic și pentru bunul rezultat terapeutic imediat și tardiv.

O gravidă în șapte luni, care n'a avut nici un accident în decursul evoluției sarcinei, are deodată atroce dureri ilace drepte, însoțite de grețuri și vărsături și ușoară ascensiune termică, impunând la un examen fugitiv diagnosticul de apendicită acută.

Lipsa unui trecut apendicular, prezența moderată a febrei, bunele caractere ale pulsului, durerile cu localizare difuz ilacă și în special prezența semnelor fizice de tumoră ovariană torsionată, impun însă la un examen obiectiv atent diagnosticul de chist ovarian drept torsionat.

Șocul operator și anestezic nu declanșează travaliul prematur. Sarcina evoluează la termen fără cel mai mic accident, terminându-se printr-o naștere spontană în cele mai bune condițiuni pentru mamă și făt.

După majoritatea autorilor chistele de ovar se întâlnesc aproximativ odată la o mie de sarcini. Starea de gestație ar favoriza, după unii, creșterea în volum a chistelor mai ales în primul trimestru. După *Grotenfelt* cam 15% din chistele ovariene coexistând cu sarcina s'ar torsiona, după *Mayer* 25%. *Pfannenstiel* și *Kustner* dau o procentualitate de torsionare și mai mare.

Acest accident survine mai ales în primele luni de sarcină și este mai frecvent în chistele abdominale. Ca moment favorizant în torsionare, pe lângă insulte externe, eforturi fizice, creșterea altor tumori (sarcina) etc. *Selheim* indică și conținutul lichid al tumorii. Torsionarea deci este mai frecventă la tumorile chistice și la muncitoare, în primele luni de sarcină și la cele cu evoluția abdominală.

Lăsate să evolueze în voie în gestație, chistele de ovar ar provoca avortul sau facerea prematură într-o proporție de 7,5—17%. Prin desvoltarea uterului gravid ele suferă deplasări: unele primitiv pelvine impinse de uter devin abdominale, altele abdominale ajung în Douglas.

Simptomatologia și evoluția în timpul sarcinei este foarte variabilă. Silențioasă pentru chistele mici și pelvine, devine brutală pentru cele complicate.

Tratamentul variază după vârsta sarcinei și după prezența sau absența cunoscutelor accidente ale chistului.

În primele trei luni, cu excepția complicațiilor, este contraindicată intervenția. Scopul este păstrarea

corpului galben, al cărui rol în fixarea și desvoltarea oulului nu e de neglijat, deși autorii ca *Usk—Upmarc* afirmă pe baza observațiilor că din moment ce diagnosticul de sarcină este clinic posibil, se poate recurge la ovariectomie chiar bilaterală, fără pericol pentru sarcină. După aceștia rolul de fixator al corpului galben din acest moment, n'ar mai avea importanța atribuită de majoritatea autorilor. Intervenția în primele luni ar fi urmată de avort într-o proporție de 4—5% după unii, de 17% după alți autori.

Epoca dela 3 la 6 luni ar fi cea mai favorabilă pentru intervenție. Rolul corpului galben fiind aproape terminat și termenul fiind departe, cea mai bună conduită pentru evitarea complicațiilor ar fi intervenția abdominală de îndată ce diagnosticul de chist este pus.

În ultimul trimestru, în afară de complicațiuni, nu se intervine, ci se așteaptă termenul, pentru a nu declanșa facerea prematură. Interesul este de a avea un făt matur. Când e indicată intervenția, ea va fi abdominală și precedată și urmată de morfinizarea gravidei pentru a reduce la minim riscul contracțiunilor uterine.

În travaliu conduita operatorie variază și ea. În ipoteza rară a unui chist pelvian inclavat sau a unui chist supurat, aderent de Douglas, s'ar putea recurge la punctia chistului sau colpotomie posterioară și marsupializarea chistului, urmată de nașterea per vias naturales (naturală sau artificială), completând ulterior intervenția pe cale abdominală pentru extirparea chistului.

În marea majoritate a cazurilor calea care se impune este însă cea abdominală, atât pentru faptul că nu rareori diagnosticul este imprecis, natura leziunilor foarte variabilă și uneori indicată histerectomia subtotală, cât și pentru faptul că această cale este mai elegantă și mai chirurgicală. Conduita va fi întotdeauna aceeași: cezariana va preceda întotdeauna ovariectomia atât din motive de ușurință tehnică, cât și din considerațiuni vitale pentru făt. Niciodată deci după deschiderea abdomenului nu vom căuta a extirpa întâi chistul. Cât despre manevra de refulare artificială a chistului, acest procedeu trebuie abandonat, putând cauza accidente foarte grave (ruptura pediculului, hemoragii, ruptura eventualelor aderențe etc.). Dacă deplasarea (ascensiunea) chistului pelvian se efectuează spontan, aceasta constituie un eveniment fericit. Niciodată însă nu vom tinde la manevre manuale sau instrumentale în acest scop.

În lehuzie, altădată, de teama infecției și torsionel, se recomandă sistematic ovariectomia profilactică. Azi, în afară de cazul unei indicațiuni urgente, ovariectomia se face dar mai tardiv, pentru a nu produce perturbări în lactație.

SERVICIUL DE GINECOLOGIE ȘI OBSTETRICĂ, BRAȘOV
Medic primar: Dr. V. Negrilă

RESUMÉ

Gravidité de VII-ème mois. Chist ovarien torsioné opéré. Travail spontané à terme

On décrit le cas d'un chist ovarien torsioné compliquant une gravidité en VII-ème mois qui au premier examen clinique simule une appendicite aigue. On intervient par l'incision Jalacquier en extirpant le chist et l'appendice. La gravidité suit l'évolution normale, se terminant à terme par un travail spontané.

ZUSAMMENFASSUNG

Schwangerschaft in VII. Monat. Operierte stielgedrehte Ovarialcyste. - Schwangerschaft an Ende geführt

Es wird ein Fall von stielgedrehter rechter Ovarialcyste bei einer Schwangeren im 7. Monat beschrieben. Der Fall täuschte bei einer einfachen klinische Untersuchung eine acute Appendicitis vor. Die Operation mit pararektaler Incision ergab aber eine stielgedrehte Cyste. Bei der Operation wurde neben der Cyste auch der Appendix entfernt. Schwangerschaft entwickelt sich weiter normal.

Medicină de războiu**Tratamentul rănilor de războiu atonice**

de

I. Philipowicz

Dacă nu mai sunt de temut urmările imediate ale rănilor de războiu, anume hemoragia și infecția, adeseori în rănille care nu au fost închise prin sutură primitivă rămân suprafețe cu granulațiunile care prezintă un caracter torpid și nu arată tendința spre vindecare cu săptămânile. În special se observă astfel de răni fără tendința spre granulațiune și epitelizare sau cu granulațiunile moi, sticloase, lucioase la acele răni care au suferit mari pierderi de sânge, care au avut mai multe răni grave sau care au suferit supurațiuni îndelungate, ca de pildă în urma unor răni impușcate abdominale, articulare, osoase, etc. Acești bolnavi pot să se îngroașe, dar rămân anemici și palizi, dar granulațiunile lor sunt tot așa de spongioase ca fața lor. Întremarea lor este numai aparentă, iar metabolismul și calitățile sângelui sunt departe de a fi normale. Vindecarea rănilor torpide sau refractare sau rău mirositoare necesită o atenție deosebită, dată fiind pe de o parte o indicație socială importantă, pe de altă parte îngrijirea acestor bolnavi cere întrebuințarea unor cantități mari de materiale de pansament. În fine, astfel de răni neînchise împiedică un tratament ortopedic energetic la timp.

Ar fi deci o greșală foarte mare să se creadă că un plus de cheltuieli pentru medicamente și regim special nu se poate admite pentru motive de economie, deoarece aceste cheltuieli rentează foarte bine prin scurtarea timpului de însănătoșire, deci și prin scurtarea șederii în spital.

Dacă îngrijirea rănil se încredințează unei surori de caritate sau unui medic fără experiență, cum se întâmplă adeseori, un astfel de organ nu se va gândi mult și va crede că este în stare să producă modificări prin schimbarea aliftei aplicate local. Se înțelege că aceasta nu va duce la țintă. De aceea trebuie să fie de datoria chirurgului șef să controleze personal toate rănille odată pe săptămână. Alci nu este vorba de chestie

locală, ci de insuficiența sau lipsa capacității de reacție și de regenerare a organismului în urma metabolismului alterat. În consecință, niciodată un tratament local nu poate da un rezultat fără un tratament general simultan pentru stimularea forțelor de reacție a organismului. Nu trebuie să uităm nicicând să ne gândim și la un eventual focar latent de puroiu.

Or, care sunt cauzele acestel stări? — Pot fi una ori mai multe cauze ce le va determina chirurgul experimentat sau din capul locului sau în urma aplicării anumitor mijloace cu titlul de experiență. În mod sumar putem spune, fără a intra în amănunte biologice, că este vorba aici de o stare de epulzare a întregului organism, adică a sistemului hematopoietic și a tuturor organelor și în al doilea rând o exagerată reacție bazică a sângelui; pe lângă aceasta adeseori mai găsim și o hipovitaminoză.

Din factorii enumerați rezultă calea ce trebuie să o urmărim și în cele ce urmează vom indica când pe rând măsurile, începând cu cele mai simple și ușoare.

Pentru a se măli aciditatea sângelui ne folosim de un anumit regim alimentar și de medicamente. Regimul conține carne, mezeluri, ouă, brânză, pește, grăsimi, prăjituri, pâine, orez, leguminoase, nucă, ceapă. Nu se admite consumul de cartofi, majoritatea zarzavaturilor, fructe, lapte, ceal, cafea, vin. Alci dăm de prima dilemă, căci tocmai fructele, laptele, zarzavaturile, vinul, ș. a. m. d., în primul rând se pot procura ușor, iar în al doilea rând sunt apreciate de bolnavi ca răcoritoare. Mai departe tocmai aceste alimente conțin multe vitamine și unele, cum ar fi vinul și laptele, dau și multe calorii. Nu este vicle să schematizăm orbește. Or, cum putem combina amândouă? Adăugând la alimentația mixtă cantități mai mari de medicamente acidogene decât în mod obișnuit sau administrând vitamine sub forma de medicamente pe lângă alimentația

In loc de tinctură de iod

SEPSO

Inlocuitorul desăvârșit al tincturei de iod

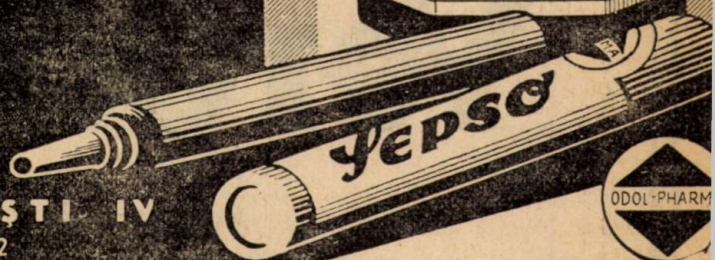
Tinctura SEPSO este o soluție alcoolică din combinațiuni complexe ale anumitor metale cu brom și rhodan. Concentrarea ei corespunde unei tincturi de iod 10⁰/₀ având aceeași putere dezinfectantă.

Tinctura SEPSO fiind complet lipsită de iod, ea poate fi folosită și la persoanele sensibile la iod.

Se găsește în flacoane de
20, 50, 1000 cmc. în tuburi de 3 cmc.

Prospecte și lămuriri la cerere.

ODOL-PHARMA, BUCUREȘTI IV
STR. APOSTOL MĂRGĂRIT 22



LA GRIPĂ ȘI
TOATE CELELALTE
MALADII FEBRILE
DIN CAUZA RĂCELII

QUADRONAL

ANALGEZIC
ȘI
ANTIPIRETIC
verificat

★

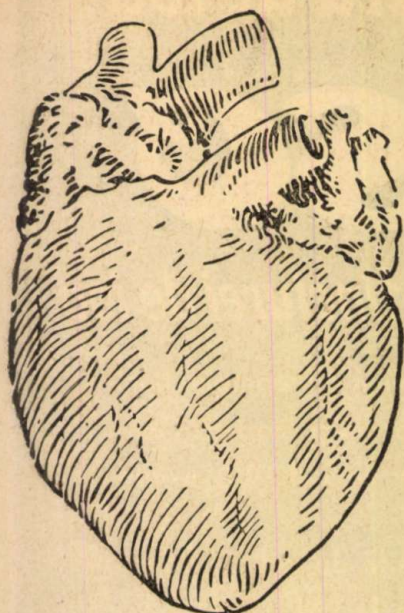
TUB ă 10 TABLETE
TUB ă 20 TABLETE
ETUIS ă 6 TABLETE



ASTA AKTIENGESELLSCHAFT CHEM. FABRIK BRACKWEDE

Literatură și eșantioane vă stau
cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R. ★ Strada Sf. Ionică No. 8 ★ BUCUREȘTI



Verodigen

Preparat de Digitală

Acțiune rapidă și toleranță excelentă

Comprimate

de 3 ori pe zi $\frac{1}{2}$ comprimată.

Dupa 3 zile

Granule

de 2 ori pe zi $\frac{1}{2}$ comprimată.

Supozitoare

Medicație foarte economică!

La edeme **Verodigen compositum**

C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H., Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România:

Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6

strict acidă. Ca medicament acidogen s'a dovedit a fi de real folos clorurul de amoniu (Gelamon) în pilule administrate de trei ori pe zi câte un gram. În cazuri deosebit de grave sau dacă suntem nevoiți a nu menține regimul prea strict putem mări doza până la 10 grame pe zi. Dacă este vorba de cazuri extrem de rebele, trebuie să încercăm regimul strict acid cel puțin timp de 10 zile, pe lângă aceasta administrăm și clorur de amoniu de trei ori pe zi câte 2 grame și vitamine și anume vitaminele B, C și D, simultan. În cazuri de gravitate mijlocie se recomandă un regim alimentar cu prevalență acidă, afară de aceasta pentru vitamina C portocale, lămâi sau roșii și salată verde, pentru vitamina B spanac, ouă sau ficat sau rinichi, pentru vitamina D scrumbii sau untură de pește. Vitamina din urmă este deosebit de importantă în rănilor osoase. Pe lângă aceasta se înțelege că trebuie urcată în raportul cantității și doza clorurului de amoniu, pentru neutralizarea acestor purtători de vitamine care produc o reacție bazică. În cazurile grave care nu pot să-și revie destul de bine, transfuzia de sânge și anume în rânduri repetate câte 150 cmc, este foarte eficace. În caz de înapetență și indigestii apare necesară administrarea de porțiuni acido-peptice și eventual Pankreon sau Comblzym. Rezultate bune dau și Hepamoxyl-ul, Hepatrat-ul, Campolon-ul, dozele mici de insulină cu ser glucozat.

Mal departe obținem rezultate bune prin tratamentul local și general cu razele ultraviolete în doze precaute, se înțelege și soarele și aerul sunt de mare folos. În infiltrațiile torpide care nu au tendința nici să abscedeze și nici să se resoarbă, aplicarea lampii Sollux este foarte eficace. Rezultate deosebit de frumoase se observă în infiltrațiile după rănille impuscate abdominale și în supurațiile articulare. În fine, băi calde prelungite au adeseori efecte minunate asupra organismului întreg și asupra vindecării rănilor.

Cât despre tratamentul local, trebuie să preconizăm principiul să schimbăm adeseori mijloacele. Mirosul rău al unei granulații torpide este semnul unei rele circulații locale. Mereu putem observa dispariția secrețiilor rău mirositoare în urma simpatectomiei periarteriale. Înainte însă de a ne decide pentru intervenția operatorie care prezintă mijlocul cel mai eficace pentru vindecarea rănilor membrilor, în deosebi ale gambelor și ale piciorului, trebuie să încercăm ca, pe lângă modificarea reacției organismului, să înlăturăm infecția locală care împiedică vindecarea. La fel trebuie pus în contul relei circulații sanguine faptul că soluțiile clorate, ale căror efect în aceste cazuri de altfel este minunat, aici nu-și dezvoltă efectul desordonant. Totodată soluția clorată, dar mai cu seamă Rivanol-ul, încetinează formarea granulațiilor. Dimpotrivă adeseori rentează o încercare cu băi fierbinți cu soluție de permanganat de potasiu, cu hiperemizarea după procedeul

lui Bler, cu comprese cu soluția de clorur de sodiu 10%, zahăr sau tifon alrolat. Aceasta din urmă favorizează și granulațiunea pe lângă efectul lui desinfecțiant și adstringent. Mal departe se recomandă soluția de tanină 4% și în special ureea. Aceasta din urmă se aplică în felul următor: Împrejurimea rănil se unge cu un strat gros de alifie zincată, formând o îngrădire înaltă de 0,5 cm; acum se pun cristalele de uree de-a-dreptul în rană până la marginea alifiei, se acoperă totul până dincolo de alifie cu o pânză impermeabilă, iar pe deasupra se aplică un pansament uscat. După 24 ore rana se spală cu apă sterilă și se schimbă pansamentul în modul descris. Acest pansament rămâne de data aceasta timp de 2—3 zile. După 3—4 pansamente în mediu, rana este curată și se acoperă cu granulații proaspete. Pentru stimularea granulațiilor și a epitelizării este necesar să se aplice pe lângă creionul de nitrat de argint și balsam peruvian, alifie ecarlată (Scharlachrotsalbe) 10%, tifon uscat simplu, tifon alrolat; totodată și băi de soare sau ședințe cu raze ultraviolete, șederi îndelungate la aer.

Dacă granulațiile sunt excesiv de hipertrofice, ele trebuiesc excoaleate. Transplantația epitelială după Thiersch pentru răni întinse nu trebuie făcută niciodată fără o prealabilă pregătire bună dietetică, medicamentosă și eventual și helioterapeutică, dacă granulațiile au luat un aspect frumos, sănătos, căci pe un mediu de cultură prost nu poate crește nimic.

În acele locuri unde pielea se poate deplasa cu ușurință și unde o tracțiune cicatricială rigidă, ca de pildă în urma unor incizii, împiedică o epitelizare rapidă, să nu așteptăm mult și după o prealabilă pregătire în modul descris mai sus, să facem excizia și pe urmă sutura în anestezie locală. La fel cum observăm cu ocazia unor reamputațiuni ciunturi de amputație cu granulații slabe și rănille acestea se vindecă per primam intenționem dacă operăm departe în țesutul sănătos, adică îndepărtând tot țesutul cicatricial și dacă facem sutura fără cea mai mică tensiune. Sutura nu trebuie să fie pusă la intervale prea mici și nici să nu fie prea strânsă.

Ca ultimul mijloc pentru a aduce la vindecare rănille granulate torpide rămâne ameliorarea radicală a afluxului de sânge prin intervențiile asupra simpaticului. Acestea să fie alese întâi în forma lor cea mai ușoară, adică pentru membrele inferioare, la care observăm în majoritatea cazurilor astfel de răni, în forma injectiilor cu Novocaină. Acestea se fac analog cu anestezia paravertebrală, la nivelul vertebrei lombare III. La marginea inferioară a apofizei spinale, 3 cm lateral de aceasta, de partea corespunzătoare afecțiunii, se introduce un ac de 8 cm lungime în direcția sagitală până la apofiza transversală. Ajuns la os, trecem de marginea inferioară a acestuia și înaintăm cu acul cu 1 cm.

Dacă nu aspirăm sânge, injectăm după Lerliche 10 cmc dintr-o soluție de Novocaină 1%. Am făcut această injecție într-o serie de cazuri de Tromboendarterită obliterantă Buerger de grade mai ușoare și uneori am rămas foarte mulțumit. Adeseori urmează o demarcație rapidă a locului necrotic, secrețiunea rău mirositoare încetează și rana se vindecă repede, formându-se repede granulațiunii proaspete. Și în congelațiunii observăm rezultate asemănătoare.

Dacă aceasta nu duce la țintă, se încearcă simpatectomia periarterială și, ca ultimul mijloc, resecția trunchiului simpatic lombar și a ganglionilor III și IV, intervenții ce le-am făcut tot cu rezultate foarte bune în congelațiunii.

În fine trebuie să mai relevăm încă odată că este strict necesar ca un chirurg experimentat să controleze personal mersul vindecării rănilor de acest fel pentru a lua din timp măsurile potrivite.

Probleme terapeutice

Germaninul în tratamentul pemfigusului

Dr. Emil Colbazi
medic primar

de

și

Dr. Emil I. Bologa
medic secundar

Intr-o lucrare anterioară — Contribuțiunii la tratamentul pemfigusului vulgar, Ardealul medical, anul II, Nr. 9, pagina 403—404 — expuneam rezultatele bune obținute în pemfigusul vulgar prin administrarea preparatelor sulfamidice (Albucid).

Un nou caz survenit în serviciul Spitalului nostru vine însă să sublinieze încăodată insuficiența cunoștințelor noastre relative la această dermatoză, ceea ce explică multiplicitatea — deci nesiguranța — metodelor terapeutice. Expunerea cazului de față în care sulfamidelor (administrare în trei atacuri succesive) nu au dus la nicio ameliorare, trebuie deci să ne îndrepteze atitudinea noastră terapeutică spre concepția unei terapii individuale. Incercând în fiecare caz de pemfigus (la fel cum în alte dermatoze tatonăm primele zile căutând medicamentul și doza cu eficacitate optimă) tratamentele cele mai variate, vom avea șansa de a obține o vindecare cu una din metodele aplicate.

Astfel în cazul de față în care, după cum va reeși din foaia de observație, am aplicat o serie întreagă de medicamente (Eleudron-Rubiazol — ser antistreptococic — cacodilat de sodiu — rivanol — pastă zincată — alifie borlicată — Germanin) precum și autohemoterapie, nu am obținut efectul terapeutic decât cu Germanin.

În cazul expus în articolul precedent administrarea sulfamidelor a dat rezultate bune. În cazul de față însă, cu toate că sulfamidelor au fost administrate în trei atacuri succesive pentru a ne convinge de fapt dacă au sau nu o acțiune terapeutică, rezultatele au lipsit. Să fie oare o sulfamidorezistență pe care autorii diferiți o descriu în blenoragie (în procente diferite și în general destul de reduse) recomandând schimbarea preparatului sulfonamidic în caz de rezistență din partea bolnavului față de acest preparat cu un alt preparat sulfonamidic

(de ex. Eleudronul cu Albucidul — Albucidul cu Eubasinul etc.). Gravitatea cazului de față nu ne-a permis o astfel de alternare a preparatelor sulfamidice și am preferat să administrăm un preparat anume (Eleudron) de mai multe ori, decât să schimbăm preparatele de la atac la atac. Am putut astfel constata, că în cazul de față după administrarea Eleudron-ului nu s'a observat nicio ameliorare.

În cele ce urmează vom expune foaia de observație a cazului nostru vindecat cu Germanin, dorind ca din contrastul articolului prezent față de cel publicat anterior, să relese în mod evident variabilitatea rezultatelor obținute în această dermatoză buloasă atât de gravă.

În cazul nostru este vorba despre o femeie C. P. de 46 ani — româncă — căsătorită, internată în Spital în ziua de 22 VI a. c.

Diagnostic: *Dermatită herpetiformă Dühring.*

Antecedente eredo-colaterale: fără importanță.

Antecedente personale: neagă boli infecto-contagioase și venerice. Menstruată la 13 ani și de atunci menstruații la intervale regulate cu o durată de 3—4 zile, fără dureri. A avut trei nașteri normale, dar toți trei copiii au sucombat în prima lună (nu cunoaște cauza). Acum zece ani a fost operată de hernie ombilicală. Reacția Wassermann care l-a fost repetată de mai multe ori a fost totdeauna negativă. Acum 7 luni a suferit o erupție buloasă pe întreaga suprafață a corpului, boală care a imobilizat-o la pat 4 luni. I s'a făcut o serie de injecții (?) după care boala s'a ameliorat. Din luna Martie și până în prezent leziunile de la nivelul trunchiului inferior a gambelor nu s'au vindecat. Unele se epitelizau, în timp ce altele noi apăreau și erau pruriginoase.

Considerațiuni speciale referitoare la boala actuală. Boala sub forma actuală datează de aproximativ 2 săptămâni și a debutat cu o angină și erupție buuloasă pe mucoasa bucală, vărsături, dureri gastrice și insomnii. A doua zi a observat leziuni buuloase apărute pe mâini și în curs de trei zile erupția s'a extins pe membrele superioare și inferioare. Bolnava afirmă că leziunile bucale au dispărut cu totul în timpul apariției celor cutanate. Apariția leziunilor cutanate a fost precedată de dureri și arsuri intense, pe locurile unde mai târziu apăreau leziunile.

Mucoase. Pe mucoasa obrazului din partea stângă se observă o placă albă-sădă. În partea dreaptă se observă trei placarde de mărimea unei monede de un leu, eritematoase și acoperite cu o secreție albă. Aceste leziuni reprezintă urmele bulelor cu care boala a debutat. Limba scrotală și roșie.

Ganglioni. Ganglionii inghinali și axilari tumefiați, duri, mobili și indolori. Fenomenele inflamatorii lipsesc.

Organele genitale. Organele genitale normale, fără leziuni și scurgere uretrală sau vaginală. La nivelul lor nu se constată leziuni buuloase.

Pielea. Pe pielea păroasă a capului se observă o alopecie care interesează regiunea parietală pe suprafața unei palme de copil mare. Bolnava afirmă că, cu 8 luni înainte, ar fi prezentat la nivelul pielei păroase a capului o erupție buuloasă în urma căreia părul i-ar fi căzut.

Întreaga suprafață a tegumentelor prezintă leziuni polimorfe. Acestea sunt placarde eritematoase, urticate, cu margini polidactile, de diferite mărimi. Pe unele dintre acestea se observă și mici vezicule — până la mărimea unui bob de linte — grupate mai ales la nivelul spatelui și toracelui, apoi vezicule cu conținut lichid clar, de mărimi diferite; leziuni pustuloase unele cu suprafața epitelială distrusă cu fondul roșu anfractuos acoperit cu cruste brune aderente. La nivelul coapselor nu observăm decât leziuni eritematoase. Pe gambe vezicule, pustule, papule și ectime. Pe fața posterioară a coapselor leziuni veziculoase proaspete. Mamelonele prezintă leziuni papuloase multiple, acoperite cu cruste subțiri. Leziunile prezintă o localizare simetrică. Toate aceste leziuni polimorfe sunt așezate pe un fond eritematos. Subiectiv bolnava acuză: arsuri, dureri și prurit. Fenomenul lui Nikolsky absent. Greutatea bolnavei în scădere tot timpul, începe a-și reveni după administrarea Germaninului. Temperatura subfebrilă atîngând maximum 38°.

22 VI. *Eleudron* (3 ori 2 tablete pe zi după mâncare). Se pansează membrele inferioare și superioare în întregime cu pastă de rivanol 1%.

23 VI. Apar noi leziuni veziculoase precedate de dureri și arsuri nocturne, mai ales pe membrele superioare. Tratament același.

24 VI. Apar leziuni veziculoase în număr foarte mare pe coapse, gambe, regiunea mamelonară și o leziune pe obrazul drept imediat sub pleoapă. Tratament același.

25 VI. Leziuni noi, numeroase la nivelul feței. Tratament același.

26 VI. Pe partea stîngă a palatului dur se observă o bulă de mărimea unei monede de doi lei înconjurată de o zonă roșie vie. Pe restul corpului leziuni noi veziculoase mai ales pe membre și fața posterioară a coapselor.

27 VI. Leziuni noi dar mai reduse ca număr mai ales pe brațe. Pansament cu pastă de rivanol. Se încep injecțiile cu *Rubiazol* (zilnic o injecție intragluteală).

28 VI. Apar leziuni noi numai pe brațe și gambe. Bolnava acuză arsuri, mâncărimi și insomnii. Pansament cu pastă rivanol și injecție cu rubiazol.

29 VI. O leziune nouă sublinguală, foarte puține pe antebrațul drept și gamba din partea stîngă. Pansament pastă rivanol și injecție cu rubiazol.

30 VI. Leziuni numeroase pe mâini, antebrațe, picioare, gambe, spate și două la nivelul limbii. Bolnava începe a face băi cu hipermanganat de potasiu, tot a doua zi. După baie uscare, pansament cu rivanol și injecție cu rubiazol.

1 VII. Leziuni mai reduse ca număr. Febra 38°. Pansament rivanol, rubiazol.

2 VII. Leziuni noi diseminate. Leziunile vechi se epitelizează foarte repede. Se face *tabloul sanguin*: polinucleare 71%, limfocite 23%, mononucleare 4%, eosinofile 1%, forme de trecere 1%. Injecție rubiazol, baie, uscare, pansament rivanol. După masă frison, 39°. Subiectiv dureri mai accentuate.

3 VII. Diseminat pe corp și extremități leziuni noi buuloase până la mărimea unui bob de fasole. Pe mucoasa bucală leziunile persistă, cea sublinguală acoperită cu o membrană albă. Pansament rivanol. Se renunță la administrarea rubiazolului.

4 VII. Leziuni noi mai puține. Pansament rivanol. Baie hipermanganată.

5 VII. Același stare — același tratament.

6 VII. Se începe al doilea atac cu *Eleudron* (3 ori 2 tablete pe zi).

8 VII. Leziuni noi mai mult grupate în regiunea gambelor, brațelor, pe spate și abdomen. Se trece la mixtură oleoasă cu rivanol — *Eleudron* — baie.

9 VII. Leziuni noi grupate.

10 VII. Leziuni noi multiple în gură, pe gambe, coapse și regiunea fesieră. Baie — mixtură cu rivanol.

12—13 VII. Același stare — același tratament.

15 VII. Se începe al treilea atac cu *Eleudron* (aceeași dozare).

16—20 VII. Apar leziuni noi zilnice. Se începe administrarea de doze progresive de cacodilat de sodiu 0,10—5,50 gr. pe zi și doză).

23 VII. Leziuni noi multiple. Cele vechi încep a se epiteliza din ce în ce mai greu. Bale — cacodilat de sodiu-mixtură cu rivanol pe un braț, pe celălalt vasellină boricată.

24 VII. Starea generală rea, bolnava acuză insomnii, inapetență și dureri pe toată suprafața corpului. Se prezintă leziuni noi veziculoase în timp ce cele vechi se pustulizează. Leziunile noi manifestă tendință la confluență provocând eroziuni extinse cu puțină tendință la epitelizare. În gură leziuni noi atât pe mucoasa obrazilor cât și în regiunea sublinguală. Vezicule pe marginea pleoapelor și în jurul gurii.

Faptul că leziunile apar în puseuri repetate și faptul că leziunile vechi nu mai au tendință la epitelizare lăsând suprafețe extinse erozive, suculete și foarte dureroase precum și apariția repetată a leziunilor pe suprafața mucoaselor gurii și acestea fără tendință de epitelizare, plus starea generală a bolnavului care s'a agravat și a început a pierde din greutate, ne-au făcut să ne fixăm la diagnosticul de *pemfigus vulgar*.

28 VII. Leziuni noi mai reduse ca număr dar de volum mai mare. O parte din leziunile vechi epitelizate. Se pansează zilnic cu rivanol, se administrează zilnic injecțiile cu cacodilat de sodiu și se începe administrarea *antistreptococic* 1 cc zilnic. Bale.

1 VIII. Leziuni noi multiple. Se unge cu mixtură de rivanol și se pudrează.

3 VIII. Bolnava se simte mai bine fără pansament. Pustulizația extinzându-se prea mult suntem nevoiți a recurge din nou la pansamente. Nici după serul antistreptococic nu se observă nicio ameliorare. Bolnava este din ce în ce mai deprimată, cu moralul din ce în ce mai scăzut, nema mai având nicio speranță de vindecare.

7 VIII. Leziuni noi sub limbă, în jurul gurei și nasului, pe fața anterioară a brațului și pe abdomen. Leziunile se ating cu o soluție de *tripaflavină* (soluție alcoolică de 1%), după care se pansează cu vasellină boricată.

Având în vedere că toate încercările te apăsătoare de până acuma nu au dat niciun rezultat, ne-am hotărât să încercăm Germaninul, care în anul 1937 ne-a dat rezultate bune. Se încep injecțiile cu *Germanin* 0,50 gr. pe fioală și doză zilnică, dând tot a 4-a zi câte o injecție, total 10 injecții.

9 VIII. Se continuă pansamentele zilnice și administrarea Germaninului.

11 VIII. Leziuni foarte puține la număr. Starea generală din ce în ce mai bună.

13 VIII. Nicio leziune nouă.

14 VIII. Apar câteva leziuni veziculoase foarte mici ca dimensiune, precedate de o ușoară stare de agitație și temperatură (bolnava pretinzând că simte apariția leziunilor).

16 VIII. Starea generală foarte bună, nicio leziune nouă. Se continuă administrarea Germaninului — băile

hipermanganatate și pansamentele cu pastă de rivanol precedate de atingeri cu soluție de *tripaflavină*.

20 VIII. Nu mai apar leziuni noi, cele vechi epitelizează repede. Bolnava începe să câștige în greutate.

24 VIII. Bolnava părăsește Spitalul fără nicio leziune nouă, cu cele vechi epitelizate toate, rămânând a veni ambulator pentru a face restul injecțiilor cu Germanin.

Controlând de atunci bolnava de două ori pe săptămână nu am putut observa apariția niciunei leziuni noi, starea generală menținându-se bună.

Pentru a rezuma tratamentul utilizat de noi în acest caz:

— 3 atacuri cu Eleudron (fără niciun rezultat),

— 8 injecții cu Rublazol (fără niciun rezultat),

— Cacodilat de sodiu dela 0,10 0,50 gr total 20 injecții (fără rezultat),

— ser antistreptococic fiole à 1 cc total 10 injecții (fără rezultat),

— autohemoterapie începând cu 4 cc și mergând progresiv 5—7—10 cc de două ori pe săptămână (fără rezultat),

— Tratament local: pastă cu rivanol 1%, mixtură cu rivanol cu pudrare, vasellină boricată, pensulări cu soluție de *tripaflavină* etc. (toate fără rezultat).

— *Germaninul*. Imediat după administrarea acestui preparat nu s'au mai putut observa leziuni noi, starea generală ameliorându-se din ce în ce, bolnava începând a câștiga în greutate și epitelizarea leziunilor vechi progresând rapid.

Germaninul (Bayer 205) este ureea acidului m-amino-benzol-m-amino-p-metil-benzoil-naftilamin-4, 6, 8, trisulfonic și este recomandat de Casa Bayer în tratamentul curativ și profilactic al boalei somnului (*Tripanozomiaza*), în *pemfigus* și în lichenul ruber plan. În ceea ce privește doza, Casa Bayer recomandă pentru adult 1 gr intravenos în soluție de 10%, pentru copil 0,30—0,75 gr și la sugari 0,15—0,20 gr. După 1—8 zile se repetă aceeași doză. Tratamentul se repetă după trei luni. Cantitatea totală pentru fiecare tratament este de 5—10 gr.

În *pemfigus* Casa Bayer recomandă dozele următoare: în prima zi 0,50 gr, apoi 4 zile câte un gram, intercalându-se între injecții câte o pauză de 2 zile (noi am făcut pauze de trei zile între injecții făcând injecția tot a 4 zi), total 10 injecții. Rezultatele s'au observat deja dela cea de a treia doză.

Prin relatarea cazului de față am intenționat, ca prin contrast cu cazul precedent publicat de noi într'un număr anterior, în care obținusem rezultate bune cu un preparat sulfonamidic, să tragem concluzia că în *pemfigus* trebuie să individualizăm totdeauna tratamentul, încercând toate medicamentele din arsenalul terapeutic și oprindu-ne la acela, la care bolnavul reacționează mai bine.

SPITALUL DE BOLI SOCIALE — BRAȘOV

Medic primar, director: Dr. Emil Colbazi

Contribuțiunile românești în pediatrie și puericultură

(din secolul trecut până azi)

de

Prof. Dr. Gh. Popoviciu

(Continuare din Nr. 12)

În *sifilisul congenital* se descriu cazuri rare, cutanate, viscerale, osoase, nervoase, distrofiile vulvare, gome la nou-născuți, eritroblastoză și reacție leucemoidă, retinocoroidită la un copil de sân, boala lui *Marfan*, tabes ereditar juvenil paralel cu al tatălui, meningită ereditară la un copil de sân, asociații cu tuberculoza, malarie; se arată relațiile cu prurigo cronică *Hebra*, valcarea reacției *Kahn*, *Meinicke*, frecvența lui în vârstă școlară, tratamentul cu doze mari de spirocid, etc. (*Manicatide-Rusescu, Zolog-Comșa, Millian-Bordier, Negru, Noica-Crăciun, Grașoski-Camner, Urechia, Slobozianu, Brătescu, Popoviciu* și colaboratorii, *Zolog-Mihalca* etc.).

b) Turburările de nutriție, digestive și ale metabolismului.

Patologia, patogenia, chimismul, dietetica și terapia *turburărilor de nutriție ale copiilor de sân*, cât și ale *afecțiunilor aparatului digestiv ale copiilor* au fost îmbogățite în perioada dinaintea războiului și în primul deceniu după războiu prin noi cunoștințe de către cercetătorii români (*Manicatide, Grașoski, Iacobson, Popoviciu, Slobozianu, Tătaru, Banu, Corcan, Poenaru-Căplescu, Guiart, Rudinescu*, etc.). Ele privesc zarea, acizii grași, flora intestinală, fermenții, glucoza, acidoza, leucocitoza digestivă, leziunile mușchilor striati și renale în toxicoză, rolul și formarea amoniacului, actino-, talasoterapia ipotroficilor, etc. — Numeroase cercetări interesează bolile aparatului digestiv cu puține legături alimentare (boala lui *Hirschsprung*, maladia cellacă, apendicita, viermii intestinali, combaterea lor prin timol, anemia pernicioasă verminoasă, ascaridozele cu reacții *Wassermann* pozitive, ileojejunita ulceronecrotică, etc.).

În perioada dela 1930 încoace se studiază rolul carenței în vitamina B₁ și a plusului de idrați de carbon în producerea toxicozelor, mărirea metilgloxalului în urină în aceste afecțiuni, distrofiile și tratamentul lor, al toxicozelor, al vărsăturilor, regimul cu mere crude, morcovă cruză, lapte covăsit, iaurt, mămăligă, făinoase, lapte cald, lapte albuminos, acid, făină de pesmeți *Moll* etc., relativă frecvență mai mică a turburărilor de nutriție în raport cu alte afecțiuni infantile înțelnate în clinică, frecvența lor mărită la copiii de sân de sex feminin. Aceste lucrări se fac cu deosebire de școala clujană (*Popoviciu* și colaboratorii). — Se observă — analog lui *Geiger* în Orient — cazuri extrem de grave de

toxicoză în cursul valurilor de căldură, venite brusc primăvara; gravitatea se datorește lipsei de vitamină B₁; metilgloxalul eliminat prin urină, mărit în toxicoze, scade în vindecare, sub influența drojdiilor de bere; administrarea ei pe cale bucală are în genere un efect bun în toxicoze; preventiv se indică un regim bogat în vitamina B₁ și potrivit redus în același timp, în ceea ce privește conținutul său în idrați de carbon (*Popoviciu*). — Între alte numeroase lucrări, privind problemele de sus, *Popoviciu* întrebunțează pentru întâia dată regimul de morcovă cruză, afinele crude, mămăliga, laptele covăsit, brânza, incl. în turburările de nutriție și digestive ale copiilor de sân, alimentare și de natură infecțioasă (dizenterie, v. acolo, pct. a). — În continuarea acestor cercetări, *Dăncilă* obține vindecări prompte prin dăganan, dat pe lângă regimuri analoage, în enterocolita dizenteriformă. — *Popoviciu-Mihăilescu* explică cheratomalacia unui copil de sân alimentat natural, prin lipsa surselor de vitamină A în alimentația mamei și prin insuficiența absorbției din cauza turburărilor de nutriție ale copilului. — *Manicatide-Cristian*, studiază variațiunile rezervelor alcaline a copiilor de sân în turburările de nutriție. — *Grașoski* găsește frecvent otita medie în turburările de nutriție și digestive. — *Timuș* obține creșteri în greutate la copiii de sân distrofici, cu porfirdia. — Se accentuează rolul paraziților intestinali în sindroamele abdominale, necesitatea diagnosticului intradermic cu extract de ascarizi, eficacitatea ascaridolului; se descriu cazuri de ascaridoză cu eritem nodos vindecate prin cura antelmintică și de trichinoză; se cercetează apendicele cu metoda lui *Czepa*; se observă cazuri de boală cellacă, intoxicație cu nitrît de sodiu cu turburări digestive, intoxicație cu beladonă, leziuni nervoase ale colonului în paraliză infantilă, megacolon postpoliomielitic, colită ulceroemoragică, afecțiuni ale căilor biliare, peritonită fibroplastică etc. (*Manicatide, Marinescu, Grașoski, Hurmuzache, Camner, Rusescu, Munteanu, Avrămoiu, Radu*, etc.).

În ceea ce privește bolile metabolismului, avitaminozele, diatezele, patologia glandelor endocrine, a creșterii și alte boli de nutriție, încă autorii mai vechi (*Babeș, Manicatide, Sion, Marinescu, Parhon, Urechia, Nișescu*, etc.) aduc fapte importante noi, pentru cunoașterea clinică, etiologiei și tratamentului pelagrei, scorbutului și a tetaniei, arătând efectele terapiei cu fier, arsenic, în primul rând cu atoxil și punând bazele

calciterapiel în tetanie. Cu deosebire însă *perioada post-belică* aduce contribuțiuni valoroase.

Autorii români (*Popoviciu, Nițescu, Banu*), prin cercetări făcute în parte în laboratoare apusene, sunt printre cei dintâi care au studiat problemele noi din *rahitism*, în special acțiunea razelor ultraviolete, origina și mecanismul intim al vitaminei D. — *Banu* studiază miopatia și cronaxia în rahitism. — *Popoviciu* a contribuit între cei dintâi, prin cercetări asupra rahitismului experimental și asupra vitaminei antirahitice, făcute cu *György*, la stabilirea identității morfologice și terapeutice a rahitismului experimental la șobolani; de asemenea, la dovedirea îndubitabilă a producerii vitaminei antirahitice in vitro, prin iradierea substanțelor care conțin colesterol sau derivații lui cu legătură dublă, inclusiv prin iradierea in vitro a pleil. — Împreună cu *Nițescu*, — în continuarea cercetărilor făcute cu *György* la Heidelberg, — a arătat pentru întâia dată, înaltea altor autori, posibilitatea de a se izola din colesterolul iradiat, prin precipitarea cu digitonina și prin cristallizare, o fracțiune cu efect antirahitic mult mai pronunțat ca al colesterolului însuși iradiat, — identificată apoi de *Winkaus* și *Pohl* cu ergosterolul iradiat. — Cercetând împreună cu *György*, caracterele biochimice ale factorilor antirahitici și toxici din ergosterolul iradiat, *Popoviciu* arată că mărirea P-lui și a Ca-lui sanghin la animalele normale e datorită factorului toxic, produs prin procedeul lui *Winkaus*, prin încălzire; animalele normale arată o sensibilitate mărită față de acțiunea factorului toxic, scăzută la animalele rahitice; iradierea și reincălzirea repetată a ergosterolului nu produce preparate, care în același timp să aibă *proprietăți antirahitice mărite și toxice scăzute*. — În ordine analoagă de idei *Popoviciu* arată că la iepurii normali mărirea curbei fosfatemice prin preparatele de ergosterol iradiat, în administrarea perorală de fosfați după *Warkany*, e paralelă cu titrul toxic și nu cu cel antirahitic al preparatelor de ergosterol iradiat; deci nu pot fi utilizate, pentru determinarea activității antirahitice a acestor preparate, nici mărirea fosforului din serul sanghin la jeune, nici mărirea curbei fosfatemice la animale normale. — În cercetări cu *Nițescu*, *Popoviciu* arată că factorul toxic din preparatele de ergosterol iradiat este cu deosebire activ în lipsa paratiroidelor, dar inactiv la animalele rahitice (cu paratiroidale mărite). — Același autori arată (cu *Oprean*), primul, rolul demineralizant al porumbului la copii, de un mecanism identic celui rahitogen; un efect analog mai scăzut are făina de grâu. — La animale de asemenea porumbul a fost găsit cel mai intens rahitogen (*György-Popoviciu-Tomatsu Sano*), cel mai scăzut grâu; un loc intermediar ocupă ovăzul (mai apropiat de porumb) și orezul; efectul rahitogen este combătut printr'un puls de clorură de sodiu. — Acțiunea cerealelor e în legă-

tură cu un efect toxic, plus proporția de calciu și fosfor eliberat în digestie (*Popoviciu-Benetato-Oprean*). — Măduva osoasă (*Popoviciu*, cu *Nițescu* etc.), își datorește acțiunea antirahitică tot vitaminei D. — Băile sărate naturale produc, după cercetările lui *Popoviciu*, acțiune asupra Ca-lui și P-lui sanghin, analoage celor obținute prin vitamina D. — Tesuturile rahitice prezintă o glicoliză anaerobă scăzută, exprimată, în continuarea cercetărilor lui *Freudenberg* prin $Q_{\frac{Na}{CO_2}}$ după *Warburg* (*Popoviciu-Benetato*); ele produc în mod exagerat metilglicoxal (*Popoviciu-Munteanu*).

Cercetările lui *Popoviciu* și colaboratorii săi stabilesc cele dintâi *rezistența scăzută* față de răceală a animalelor rahitice (cercetări cu *György*), cât și legătura între mortalitatea mărită a copiilor de sân de sex masculin iarna, între *lipsa de vitamină D* și între factorii endocrinieni (inclusiv creșterea mai mare la băieți, ca la fete). — Și în experiențele pe animale, se confirmă această legătură cu *sexul*; mortalitatea mărită a șobolanilor este până la un punct contrabalansată prin folliculină (cercetări cu *Arșic, Avrămoiu*). — Există deosebiri regionale în mortalitatea sezonieră a sexelor (*Popoviciu-Mihalca* etc.); mortalitatea masculină este mărită la sfârșitul iernii și începutul primăverii în regiunile muntoase și cele bătoase; în aceleași regiuni este mărită mortalitatea infantilă feminină în timpul verii sau toamnei; în regiunile deluroase și șes, cât și la mare cele două culmi, iernală și estivală, a mortalității infantile (0—1 an), nu prezintă deosebiri mai evidente pe sexe. Aceste deosebiri sunt datorite lipsei razelor ultraviolete iarna, în regiunile muntoase (sate situate în văi, nu pe platouri sau înălțimi bine insolate), cât și în cele bătoase (ceață), față de regiunile deluroase sau dela șes și mare, mai bogate în raze ultraviolete. Sexul masculin, din cauza creșterii sale mai exagerate în primele vârste din copilărie, accentuată în lunile de sfârșit de iarnă și la începutul primăverii sub influența primelor plusuri de raze ultraviolete, se găsește într-o stare de sărăcie relativă (din cauza sezonului sărac în vitamine), mai mare ca la sexul feminin, care crește mai puțin în această vârstă (sub 1 an). — Relațiile între razele ultraviolete, creștere și morbiditate — mortalitate pe sexe se confirmă prin inversarea relației sexelor între 7—16 ani, cât și prin variațiile în Ca, P sanghin și în eliminarea de vitamină C, arătată de *Popoviciu* (cu deosebire în tuberculoză, v. acolo).

Popoviciu-Benetato-Munteanu, confirmând teza lui *György* privitor la legătura creșterii cu fosforul și acidul lactic din sânge, mărit în creștere, o amplifică prin demonstrarea și a altor modificări corespunzătoare ale chimismului sanghin (pH mărit, glucoză scăzută, CO_2 total, Ca, K corespunzător variați) la copilul de sân în creștere, cu deosebire în *primele săptămâni*, incl. sub

Influența razelor ultraviolete artificiale și a vitaminei antirahitice administrate.

Cercetările lui Popoviciu cu Blosu sau Mihalca asupra eliminării vitaminei C prin urină arată că în România copiii prezintă o bogăție relativ mai mare în vitamina C, ca în Apus, datorită frecvenței mării a alăptării naturale; se constată variațiunile pe sezon (scăderea rezervei vitaminice iarna), pe vârstă, sau în legătură cu creșterea (eliminarea de vitamină C mărită la creștere accentuată, v. și la tuberculoză); după raze ultraviolete și preparate de vitamină D, eliminarea în urină a vitaminei C (sau a altor corpi reductori, determinați cu metoda Bezsonoff, Kotake, Tillmann-Ray) se mărește. — În continuarea acestor lucrări, Enătescu obține succese cu vitamina C și calciterapia, aplicate simultan intravenos în adenopatiile lare tuberculoase, incl. în infiltrațiunile ușoare parailare.

Alte cercetări ale lui Popoviciu (făcute în parte cu Urechia etc.) stabilesc adesea cele dintâu variațiunile Ca-lui și P-lui sanghin în parkinsonism, în febra produsă prin injecții de drojdie de bere, în tetania paratireoprivă (în faza premergătoare spasmului și în spasm), după ergotamină și ioscină, după simpatectomie, în emiplegii, în turburări de nutriție, afecțiunile respiratorii acute, dilatează exudativă, distrofie adiposogenitală, ipotiroidism etc.; variațiunile găsite arată rolul alcaloziei, al rigidității musculare, al spasmului, al sistemului vegetativ nervos, al ormonilor etc. asupra nivelului Ca-lui și P-lui din sânge. — Popoviciu dă o nouă metodă de determinare a P-lui din cantități mici de sânge, bazată pe a lui Tisdall, perfecționând metoda lui Brehme-Lepski.

Cercetările lui Popoviciu (în parte cu Opreșiu) asupra condițiilor de formare ale amoniacului în organism, arată că in vitro (autolitic) și in vivo (în sânge) nivelul amoniacului este ridicat la o concentrație mărită a H-ionilor, la un plus de tamponare de fosfați și scăzută prin tamponare de lactați; există un paralelism între variațiunile amoniacului și fosforului sanghin; acidul lactic împledecă formarea amoniacului din sânge, de asemenea glucoza; în tetania de iperventilație amoniacul sanghin crește cu intensitatea spasmului, totuși relativ mai puțin ca în activitatea musculară obișnuită (sub efectul inhibitor al alcaloziei, iperlactacidemiei și ipofosfatemiei concomitente); aceste cercetări au arătat între cele dintâu formarea omnicelulară a amoniacului (Warburg, Meyerhof) și au stabilit cele dintâu formarea amoniacului în spasmul de iperventilație, sub influența altor factori ca cel din activitatea musculară obișnuită. — În terapia de asalt cu o singură doză, masivă, de vitamină D₂, Popoviciu-Mihalca-Manu găsec, pe lângă modificările clasice ale Ca-lui și P-lui sanghin, scăderea H₂N-lui din sânge, eventual precedată de o creștere în o primă fază, sau chiar și numai creșterea lui exclusivă; aceste variațiuni ar putea să

albă un mecanism corespunzător scăderii lui în urină (văzută și interpretată de Freudenberg-Goetz); totuși variațiunile în două faze presupun legături directe și cu celelalte modificări ale chimismului sanghin, cu deosebire cu modificările echilibrului acidobazic (alcaloză) și ale fosforului sanghin (conform cercetărilor de mai sus ale lui Popoviciu, asupra condițiilor de formare ale amoniacului în organism); într'un caz de rahitism grav, complicat cu bronhopneumonie, hiperpnee, convulsii, cedat, tratat simultan și cu dajenan, fosforul a scăzut, amoniacul a crescut după vitamina D₂ concentrată (din cauza bronhopneumoniei, a hiperpneei, convulsilor eclamptice, — în spiritul cercetărilor anterioare ale lui Popoviciu, mai sus citate).

În tetanie cercetările lui Popoviciu (în parte cu Brehme, Urechia, Popescu etc.) au arătat că spasmul din iperventilație se exagerează prin adrenalină și se împledecă prin ergotamină. Modificările chimismului sanghin (Ca, K, P, pH, tensiunea CO₂-lui, acid lactic, NH₃) sunt până la un punct parelele cu intensitatea spasmului, în parte sunt influențate prin legăturile ce există între ele și alcaloză, între acid lactic și P, NH₃ etc. (v. mai sus). Aceste cercetări pledează pentru amfotonia sistemului vegetativ nervos în tetanie, atât în iperventilație, cât și în cea paratireoprivă și idiopatică. Există conform acestor rezultate, un cerc vicios în tetania de iperventilație, prin care se exagerează până la un punct alcaloza, inclusiv toate fenomenele chimice și clinice cari o însoțesc. Alcaloza (produsă prin scăderea tensiunii CO₂-lui) determină la rândul său modificările chimice și clinice, inclusiv spasmul și iperlactacidemia, exagerate toate prin adrenalină și reduse prin ergotamină. Mărirea concentrației ionilor de H, consecutivă mării CO₂-lui liber, produsă prin iperlactacidemie, excită centrul respirator devenit mai sensibil în alcaloză și sub acțiunea adrenalinei, prin ceea ce se accentuează hiperpneea. Exagerarea excesivă reciprocă a tuturor acestor efecte este împledecată prin spasm, care contrabalansează alcaloza; însă acidul lactic continuă să crească și la o concentrație mai ridicată a ionilor de H. — Modificările chimismului sanghin explică până la un punct efectul iperventilației (cu adrenalină sau efetonină) în coree, pe care o vindecă adesea în mod prompt. — Combaterea modificărilor tetanigene prin spasm, autorii români au găsit-o și în alte forme de tetanie, nu numai în cea de iperventilație. — Cercetările românești au fost de asemenea cele dintâu cari au arătat, ce-l drept înconstant, eficacitatea preparatelor de vitamină D în tetania paratireoprivă (relațiunea cu acțiunea toxică a acestor preparate, v. mai sus).

Popoviciu (în parte în colaborare cu Martinescu), în cercetări privitor la acțiunile fizice, amfotrope, ale ionilor și ormonilor, descrie mai întâu în literatură de Hațieganu (1914), arată primul existența a două gru-

puri antagoniste de acțiune farmacodinamică care se succedă în mai multe unde (2—4 faze sau chiar mai multe), treptat diminuate, urmând legea acțiunii și reacțiunii. În primul grup găsim acțiunea de Ca, adrenalina, eserina, iposmoză, etc., în al 2-lea acțiunea de Na, Mg, K, pituitrină, extract tiroidian etc. Numărul și caracterul fazelor variază cu doza, tonusul vegetativ nervos etc. La baza lor stau modificări coloidale (sinergeză, umflare). Rezultatele autorului stabilesc teoria genezelor acțiunilor fazele în forma actuală, acceptată și de școlile streine (*Amsler* etc.) și aplicată în genere pentru interpretarea acțiunilor biologice de caracter ritmic. Ele aduc contribuții noi la studiul simptomatologic-clinic, patogenetic-chimic, cât și la terapia rahitismului și tetaniei, lărgind concepția lui *Freudenberg-György, Vollmer* etc. Ele explică amfotonia nervilor vegetativi în tetanie, cât și accentuarea spasmelor prin adrenalină, suprimarea lor prin ergotamină. În același timp ele fac plauzibil caracterul fazele al celor două stări din tetanie: tetania manifestă — a doua fază — producând spasmul, tinde a combate modificările metabolismului în starea pretetanică (v. mai sus, la tetanie). Tot prin doctrina acțiunilor fazele pot fi lămurite mecanismul și toxicologia acțiunii factorului antirahitic, cât și patogenia turburărilor rahitice-tetanice, modificările metabolismului după doze mari de ergosterol iradiat, cât și turburărilor din rahitism și tetanie, putând fi considerate ca fazele contrare ale unei singure și aceleiași reacțiuni a metabolismului (*György-Popoviciu*).

Cercetările lui *Popoviciu* (în parte cu *Manuila, Birău*) asupra constituției rasale sanghine (isoemaglutinine) ale popoarelor din România, arată existența unor proporții foarte ridicate ale proprietății *p* (europene) în regiunile muntoase, mărirea relativă a proprietății *q* (asiatico-africane) în regiunile de șes, expuse migrațiilor și amestecului de rase; deosebirile rasale pe diferitele naționalități în aceeași regiune sunt în genere mici și nu explică deosebirile mai profunde, culturale, economice, incl. în nivelul sanitar-igienic și puericultural (mortalitate infantilă, deosebiri pe vârste și cauze), care trebuiesc atribuite tratamentului politic-social deosebit din trecut. Cercetările românești au relevat încă înainte de *Bernstein* importanța grupului O de izoemaglutinare, considerându-l proprietatea cea mai veche (dintre 3 proprietăți și nu 4, cum se credea încă la acea dată, în 1924). Ele arată totodată vechimea și continuitatea raselor pe aceste platurile, cât și latinitatea ei, minoritățile fiind aproape în întregime ramuri înstreinate, rupte din trunchiul românesc, desnaționalizate în trecut.

Numeroase cercetări privesc diferite alte aspecte ale tetaniei, osteomalacia, pelagra, glanda tiroidă la copil, infantilismul hipofizar, acromegalia infantilă, moartea timică, constituția alcalozică, mongolismul, acondroplazia, osteogeneza imperfectă, boala lui *Hand-*

Schüller-Christian, glutattonul, lipidele, polipeptidele din sânge, echilibrul acidobazic în relații vitaminose, endocrinologice, etc. (*Marinescu, Parhon, Urechia, Iacobovici, Popoviciu, Slătineanu, Ballif*, etc.).

c) Bolile sistemului nervos.

Încă din perioada antebelică numeroase și valoroase lucrări, unele de o vechime remarcabilă, aduc contribuții la studiul meningitelor, epidemiologia românească, caracterul meningococului, cât și asupra altor leziuni neurologice (*Sachelarie, Tomescu, Mironescu, Manicatide, Marinescu, Bruckner, Danielopolu* etc.). — *Marinescu* ne dă tratamentul cu sulfat de magneziu al coreei, cât și importante cercetări asupra evoluției scoarței cerebrale. — *Levaditi* și *Marinescu* sunt între cei dintâi care fac cercetări experimentale asupra paralizelor infantile, arătând condițiile transmiterii virusului poliomielitice, caracterele lui și relațiile sale cu sistemul nervos.

În anii după război, *Levaditi, Marinescu, Manicatide*, etc., arată relațiile encefalitei letargice cu patologia infantilă (trecerea virusului de la mamă la făt fiind posibilă, totuși nu constantă; diferite forme clinice, etc.). Se descopere reflexul palmomentonier (*Marinescu* și colaboratorii), extrem de frecvent la copii. — *Noica* cercetează reflexele la copii, exprimând încă în 1908 teoria sa personală asupra reflexului *Babinski* și asupra reapariției reflexelor tendinoase în leziunile nervoase deasupra centrelor medulare și în anestezie, înaintea reapariției reflexelor cutanate (concepții confirmate de *Pierre Marie, Ch. Foix, Lesné-Binet*). — *Banu* arată că cronaxia este mărită la nou-născuți și în rahitism; cronaxiile nervoase diminuează cu vârsta mai repede, ca cele medulare; copiii sunt mai mult simpaticotonici și amfotonici (cu proba ortostatismului a lui *Danielopolu* și cu proba reflexului oculocardiac; doza de atropină necesară pentru paralizarea vagului în proba ortostatismului la copii se apropie de a adultului).

Urechia, Paulian etc. arată eficacitatea tratamentului coreei după *Marinescu*. — *Popoviciu*, în cercetări făcute în parte cu *Urechia* sau cu *Mihăilescu*, arată eficacitatea tratamentului coreei prin hiperventilație, cu adrenalină sau efetonină; controlul Ca-lui și P-lui sanghin, cât și celelalte modificări ale chimismului sanghin din tetania de hiperventilație în a doua fază (v. la pct. b), pledează mai curând pentru un efect acidozic și calciterapie survenit în urma spasmului de hiperpnee (pH, CO₂ total, P scăzut, NH₃, K și cu deosebire acidul lactic, Ca mărit în spasm în sânge, în parte câțiva timp și după hiperventilație); această concepție bazată și pe scăderea Ca-lui sanghin, mărirea P-lui sanghin la unii din bolnavi, vine în sprijinul teoriei lui *Simonini* (insuficiență paratiroidiană în tetanie) și justifică în același timp întrebunțarea sedativelor, inclusiv sub raportul

Produse „Ufarom“ fost Egger Cluj-București

Noua terapie specifică a tuturor
infecțiunilor strepto-stafilococice cu

Septamid sulfamidă albă.

tabl. în tub de 10 à 0.30
" " " " 20 à 0.30
" " borcane " 100 à 0.30

Medicațiune chimico-terapică din grupul P.
Aminophenylsulfonamid lipsit total de feno-
mene toxice, chiar după administrare mai în-
delungată.

Beneurin, vitamina B₁,

mitte injecții 3 fiole de 1 cc à 5 mgr
forte " 3 " " 1 cc à 25 mgr

cristalizată, chimic pură. $C_{12}H_{17}OSCIHCl$.
Preparat conținând vitamina B₁, **vitamina
antinevritică.**

INDICAȚIUNI: Vitamina B₁, fiind neurotropă are indicațiuni foarte variate
în nevrite de orice origine și localizare, și polynevrite cu
turburări spastice și paralitice etc.

C e v a l Vitamina C.

injecții 10/1 ccm 0.05
" 5/2 ccm 0.10
" 3/5 ccm 0.50

Este un preparat de acid ascorbic chimic pur.
INDICAT: În toate cazurile unde se constată o insuficiență a vitaminei C.

Hepacit Extract de ficat și mucoasă stomacală.

injecții de 2 cmc

Extrem de activ și perfectă tolerabilitate.
Ameliorează rapid starea generală, iar nu-
mărul globulelor roșii și indicele hemoglo-
binic crește chiar dela începutul tratamentului.

INDICAT: în anemii secundare provocate de hemoragii, anemie per-
niciioasă, anemii consecutive maladiilor infecțioase. Protejează
celulele hepatice, evită șocul operator etc., etc. Se admini-
strează în injecții intramusculare.

Eșantioane medicale și literatură:

Laboratorul Farm. V. G. CIOCOIU
București, str. Matei Voevod Nr. 35 - Telefon 3.88-97

SIROCALCIN „Sapic“

SIROCALCIN cu EFEDRINA

Sirop pe bază de: Sulfogaiacolat de Potasiu
Lactofosfat de Calciu

Expectorant

Desinfecant pulmonar

Reconstituant

Gust agreabil

Pneumonie

Bronchopneumonie

Gripă

Profilactic după operațiuni

PULMOSEPT „Sapic“

Chinină 0.10

Camforă 0.10

dizolvate în uleiuri eterice

Fiole de 2 cmc. pentru injecții intramusculare

In Insomnie, Nervositate, Nevralgii

CEREBROSAN

SIROP

Calciu

Valeriană

Barbiturice

Brom

Analgezină

Sedativ: de trei ori pe zi câte 1—2 lingurițe

Hipnotic: 1 lingură înainte de culcare

Mostre și literatură trimite la cerere:

Dr. WANDER S. A.

Fabrică de produse farmaceutice și dietetice
București II. - B-dul Bucureștii-Noi 90

acțiunii lor blochante (acidizante); dintre alte metode de tratament, rezultate bune cu piramidon în doze mari, nlrvanol, luminal, tonsilectomie; în un caz rebel vindecare cu sulfat de magneziu intramuscular (o singură doză, — imediat după injecția colaps grav).

Alte lucrări studiază *meningitele*, cu deosebite epidemii de meningită meningococică, caracterul lor clinic și bacteriologic, patologia lichidului cefalorahidian și tratamentul, arătându-ne eficacitatea deosebită a serului antimeningococic al lui *Cantacuzino* și, recent, rezultatele strălucite cu preparatele sulfamidate, în special cu sulfapiridina și sulfatiazolul în doze mari, asociate cu seroterapie, insuflare de aer (*Manicatide, Nicolau, Popoviciu, Rusescu, Slobozianu*). — *Manicatide* și colaboratorii arată efectul dăunător al radioterapiei în meningita tuberculoasă, preconizată de *Bókay*. — *Graçoski-Hurmuzache-Triandaf, Popoviciu-Pop* descriu cazul de meningită ereditară.

În *paralizia infantilă*, cu ocazia epidemiei mari românești din 1927, *Marinescu, Manicatide, Drăgănescu, Roșianu, Radovici, Ionescu-Mihăești* etc., arată localizarea frecventă în mezencefal, turburările nervoase, respiratorii și viscerale, nodulii, numiți de autorii români polioencefalomielitici, din cornul anterior, posterior și nucleii bulbari, granulațiunile bazofile metacromatice de desintegrare din cordoanele anterioare, analoage celor observate în encefalita epidemică, importanța cronaximetriei pentru prognostic și tratament, atenuarea virusului românesc prin pasaj, îneficacitatea relativă a tratamentelor cu ser (de convalescent, Pettit, autoemoterapie) și fizice (radioterapie precoce cu diatermie), cu excepția diatermiei asociată cu curent galvanic, importanța faringelui și intestinului ca poartă de intrare, cât și alte caracteristice ale epidemiei românești: paralizii faciale etc.

Diferite alte lucrări mai noi aduc studii, inclusiv contribuții cazuistice în paralizia infantilă, arahnoidita spinală, malformațiunile sistemului nervos, siringomielomielite cu sindromul *Froin*, miopatii, amiotonie, mioclonii, encefalite, inclusiv primele cazuri de encefalită postvaccinală în România, paralizii generale infantile și juvenile, epilepsii în pneumonie etc., meduloblastom, convulsii, nevropatiile copililor, problema copililor deficienți, acrochii, boala lui *Recklinghausen* etc. (*Manicatide, Marinescu, Popoviciu, Graçoski, Ballif, Paulian, Timuș*, etc.). — *Manicatide* arată că în polio-mielită grupurile musculare cu cronaxii mici, cu excitabilitatea cea mai mare, sunt cele mai atinse; cronaximetria arată că chiar atunci, când examenul clinic electric nu găsește turburări decât la un singur mușchi dintr'un grup, sunt atinși toți mușchii; cronaxiile mușchilor unui membru, cu turburări vasomotorii importante, scad după ședința de diatermie de 20—25 minute. — *Marinescu* descrie un nou tip de amiotrofie

familială progresivă, cu amiotrofia extremităților, a mușchilor trunchiului, al abdomenului și turburări de sensibilitate. — *Popoviciu-Pop* arată, de dată recentă, că acrochii este foarte rară în România, fiind descrisă în total 7 cazuri (înaintea autorilor un singur caz, de *Rădoi* în 1932; restul publicate toate ulterior); se mai adaugă câteva cazuri netipice ale autorilor; afecțiunea a devenit mai frecventă în ultimii ani, prezentându-se în special în regiunea de Nord-Vest a țării, deci în vecinătatea centrelor europene ale boalei; în un caz al autorilor hidrocefalie ușoară cu mărirea presiunii intracranienale, dar fără alterațiuni chimice sau citologice, cu excepția mării glicorahiei; ameliorare imediat după encefalografie și autoradioterapie; la proba ortostatice cu atropină și proba cu adrenalină, simpatocotonie foarte exagerată; fosforul sanghin scăzut, calcemia la limita inferioară normală, glicemia ridicată, vitamina C în urină 5,6 mgr %, cu ușoară ridicare a presiunii sanghine și a tahicardiei, în raport cu al 2-lea caz cu fosforul și calciul mai ridicat, glicemia mai scăzută; chimismul cazului 1 pledează până la un punct pentru originea rahitică a hidrocefaliei (fără leziuni osoase); în al 2-lea caz leziuni rahitice osoase discrete; în al 3-lea caz, fără simptome osoase rahitice, calciul sanghin la limita superioară normală, fosforul scăzut, glucoza ridicată, amoniacul sanghin 0,04 mgr %, în concordanță cu hiper-simpatocotonia (pusă în evidență prin proba ortostatismului cu atropină a lui *Danielopolu*); ameliorare progresivă după encefalografie și injecția lichidului cefalorahidian.

d) Alte boli.

În *fiziologia și bolile născuțului*, *Popoviciu, Parhon, Graçoski, Slobozianu, Banu, Manicatide, Rusescu, Balint* etc., descriu noi combinații de malformațiuni congenitale, arătând originea lor; pledează pentru originea epatică a icterului născuțului și tratamentul lui cu atofan; studiază chimismul gastric cu privire la data de apariție a factorilor acidității (totală, combinată, acid clorhidric liber, acid lactic) după naștere și în timpul digestiei; indică pentru tratamentul diareelor acute bolus alba, fosfat tribazic de calciu și benzoat de sodiu; stabilesc mărirea azotului rezidual în sângele născuțului; studiază emoragiile cerebrale cât și alte leziuni obstetricale etc. din primele zile, melena, scleremul genitosuprapubian *Woringer*, septicemiile, boala lui *Buhl*, icterul grav familial, probleme de interes embriologic etc. — *Popoviciu* descrie un sindrom nou de contracturi și anchilozări multiple congenitale cu acondroplazie, observate în mai multe cazuri și verificate și la cazurile altor autori, nerecunoscute de aceștia ca atare; cazurile prezintă plele largă, brahicefalie, fontanelă mică, nas în șea, micromelie, rizomelie, strâmtarea bazinului, curbura oaselor lungi; la radio-

grafle, perlost femural îngroșat; trunchiul lungit, scurtarea claviculelor, anchilozarea mai multor articulațiuni, ale umărului, ale coatelor (cu antetorsione), eventual și ale coapselor, mâinilor vârstare și picioare echinovare, mușchii corespunzător contracturați sau atrofiați; torace comprimat în partea de sus; eventual și alte malformațiuni (spina bifidă); originea e datorită unui amnios strâmt familial, lungit (prin creșterea fătului și conform legii sacilor elastici) în axa longitudinală și comprimat la mijloc în cea transversală; preslunea amniotică mărită cauzează într-o fază mai precoce a dezvoltării embrionare acondroplazia, mai târziu cacomelia (prin preslune în direcția lungimei sau laterale, cât și prin fixarea membrilor într-o atitudine vicioasă); poziția vicioasă a copilului, în special a membrilor din uter poate fi reconstituită după naștere; sau este constatată vicioasă prezentația pelviană etc.), la naștere. Aceste observații ale lui *Popoviciu* pledează pentru originea mecanică a acondroplaziei, prin amnios strâmt, conform teoriei lui *Jansen*. — *Iacobovici-Popoviciu* atribuie cazurile de osteogeneză imperfectă, observate în România, avitaminozelor C (survenită la populația neromânească, cu alimentația artificială mai răspândită ca la Români) și exagerările relative a acțiunii vitaminei D (Ca și P sanguin refractar la raze ultraviolete). — *Popoviciu* arată că și mortalitatea precoce prezintă culmi sezoniere, iernală și estivală, și că se observă rezistența scăzută a sexului masculin din cauza trebuinței vitaminice mărite, inclusiv în mortalitatea; diferențele în rezerva vitaminică a părinților și legăturile lor sezoniere, au repercusiune și asupra proporției sexelor la nou-născuți. — Tot *Popoviciu* vindecă un caz de septicemie al unui nou-născut cu aftele lui *Bednar*, stomatită albicantă, produse prin ștergerea gurei, prezentând abcese multiple, osteomielită și procese articulare, cu sulfapiridină în doze mari (în total 40 gr), plus prontosil ($3\frac{1}{2}$ fiole), emoterapie, preparate de ficat, evacuarea chirurgicală a focarelor locale; rămâne de discutat dacă septicemia mamei, — în același timp începută cu a copilului, vindecată tot la o dată identică, printr-un tratament analog, — a fost primitivă, cauză a septicemiei copilului, sau invers, secundară, datorită acestuia din urmă.

În afecțiunile căilor respiratorii și otorinolaringologice lucrările mai vechi aduc contribuții asupra seroterapiei, metodelor lui *Gralka* în emblemele pneumococice, asupra acțiunii ipocloritilor de titru mai stabil în otite etc. (*Slobozianu*, etc.). — *Cănciulescu* descrie scleroza pleuropulmonară cu modificări ale infundibulului pulmonar. — În ultimul deceniu *Popoviciu* și colaboratorii săi (*Toma, Nicolae* etc.) întrebunțează în pleurezile purulente cu succes autoploterapia în doze mai mari ca ale lui *Flesch* (până la 10 cm³, reinjecții intrafesier), combinată cu puncții evacuatoare sistematice, spălări cu optochină, emo- și aeroterapie, mai nou cu sulfamido-

terapie intrapleurală; în bronhopneumonii aplică injecțiile combinate de chinină, eter și oleu camforat. — *Popoviciu* introduce aeroterapia în terapeutică infantilă, în special în tratamentul bronhopneumoniei, pneumoniei copiilor în România și o combină cu emoterapia și metodele revulsive (ventuze, emulsii sanghine) scăzând mortalitatea în clinică de la 28,6% la 4,4%; mai nou cu sulfapiridina, combinată cu aero-, emoterapie și metodele revulsive, obține o scădere a cifrelor de mortalitate în clinică la 2,2%, adică rezultate mai bune chiar ca ale autorilor occidentali; găsește toleranța față de sulfapiridină foarte bună în pneumonii, bronhopneumonii de origine recentă, rezultatele fiind cu atât mai bune, cu cât doza e mai mare; toleranța e mărită și rezultatele mai bune la aplicarea simultană a aero- și emoterapiei, cât și a mijloacelor derivate; cazurile vechi ajunse târziu în tratament și rău îngrijite, mai ales sub raport aeroterapeutic, dau rezultate mai rele cu doze mari de sulfapiridină; ele sunt mai bune toamna, din cauza rezervei vitaminice mărite, decât la sfârșitul iernii, începutul primăverii; înmulțirea leucocitelor la nivelul alveolelor pulmonare, exaltată prin sulfamide, ajută vindecarea în formele acute și în organismele rezistente, dar poate fi răspunzătoare de sfârșitul fatal în formele vechi și în organismele slăbite, care nu suportă reacția leucocitară, cu deosebire puternică la doze mari; experiențele autorului pledează pentru mărirea puterii de apărare a organismului prin sulfapiridină; prin ea reacția de apărare, mai cronică, slabă, bronhopneumonică, s'a transformat în reacția intensă, acută, pneumonică, mai ales la emo- și aeroterapie simultană; un mecanism similar ar explica frecvența mărită a emblemelor după bronhopneumonii, pneumonii, tratate cu sulfapiridină la sfârșitul iernii, începutul primăverii, în comparație cu raritatea lor toamna, în cazurile observate de autor. — *Popoviciu* prin cercetările făcute în rahitism etc. (v. pct. b) explică rezistența scăzută a sexului masculin față de pneumococi prin trebuința lui mărită față de vitamina D, în legătură cu creșterea mărită față de sexul feminin, cât și cu factorii endocrinieni. — *Manu* aplică această interpretare și pentru mortalitatea mărită a copiilor de sex masculin sub 1 an, prin bronhopneumonie, în ultima epidemie de tuse convulsivă, observată în plasa sanitară model Gilău (județul Cluj), cu comune de o situație geografică și economică foarte proastă, lipsite de raze ultraviolete (munți înalți la sud-vest) și cu o populație subnutrită (inclusiv sub raport vitaminic); aceleiași factorii li se poate atribui morbiditatea mărită a sexului masculin în această epidemie, receptivitatea mărită față de tusea convulsivă a unor comune, cât și relativa ineficiență a vaccinării preventive și curative. — Alte numeroase lucrări arată succesele frumoase în bronhopneumonii, bronhita capilară, abces pulmonar, tratate cu alcool intravenos; se descriu cazuri

de afecțiunile respiratorii întra partum, pleurezie pulmonară congenitală, echinococoză pulmonară, etc. (*Hurmuzache, Slobozianu* etc.).

În bolile aparatului cardiovascular și ale sângelui se dau încă depe timpul lui *Babeș* interesante cazuri de inflamațiuni congenitale și leziuni câștigate; mai nou, de insuficiență cardiacă cu emplegie la un copil de săn, limfogranulomatoză (mediastinopleurală cu pleurezie și degete ipocratice, etc.), boala lui *Niemann-Pick*, anemii (de lapte de vacă etc.), leucemii, emogene, studii asupra vâscozității sanghine, asupra variațiunilor hematologice (incl. ale imaginii neutrofile *Arnet*) prin cura ellomarină etc. (*Grașoski, Popoviciu, Slobozianu, Hurmuzache, Corcan, Cănciulescu, Munteanu, Mihalca* etc.). — *Manicatide* descrie semne aortice în sifilisul cardiovascular al copiilor de sân cu mărirea matității preaortice, întărirea zgometului 2 și lărgirea diametrului pediculului vascular al inimii, cu ridicarea tensiunii arteriale. — *Popoviciu-Mihăilescu* găsește în un caz de malarie terță de primă invaziune, la un băiat de 11½ ani, o anemie gravă aplastică, apoi de tip pernicios (globule roșii scăzute la 850 mli), pe care o vindecă prin transfuzie de sânge, prin tratamentul malariei cu chinină și consecutiv prin preparate de ficat, splină și arsenic. — *Popoviciu-Munteanu-Pop* descriu două cazuri de (pile)lebită splenomegalică, dintre care unul de origine traumatică.

În bolile aparatului urogenital autorii români arată existența insuficiențelor renale prin ipoplazie congenitală a rinichilor; descriu diferite cazuri rare de malformațiuni, tumori, glomerulonefrite, nefroze (lipodice cu nefrită, etc.), emoragie a capsulei renale cu ematemeză, etc., arată identitatea funcțiunii renale a copiilor de sân cu a vârstelor de mai târziu, cu deosebire sub raportul eliminării ureei și coeficientului *Ambard*, mărirea eliminării clorurilor după dozele mari de atropină, scăderea ei după dozele mici, mărirea fenolilor urinarilor liberi în diareile copiilor de sân, cu deosebire în cele grave, frecvența calculozelor vezicale la pătura de jos a populației, frecvența spinei bifide în enureză și incontinența urinară, efectele vacino-, folliculo- și sulfamidoterapiei în pluri, în vulvovaginită și uretrita blenoragică etc. (*Babeș, Iacobovici, Bălăcescu, Popoviciu, Țeposu, Slobozianu, Corcan, Marian, Gavriliță*, etc.). — *Popoviciu* studiază condițiile de formare ale amoniacului în organism, sub influența fosfaților, actaților, glucozei, pH-ului, etc. și legăturile ei cu eliminarea urinară (v. și la pct. b).

În bolile pielii găsim studii sau contribuții cazurilor, privitor scleroderma mutilantă progresivă, xantomatoza juvenilă tuberoasă, larva migrans, dermatita erpetiformă *Dühring-Bock* atipică, boala lui *Ritter, Leiner*, eczema, diateza exudativă, îndurațiile cutanate experimentale ale noulor nașcuți comparabile cu cele obstetrical-

cale, frecvența micozelor și arsurilor la copii, sulfamidoterapia în pemfigus etc. (*Rudinescu, Popoviciu, Hurmuzache, Slobozianu* etc.).

În oftalmologie autorii români (*Mihail, Mezincescu, Nicolau* etc.) aduc contribuțiunile la studiul oftalmiei gonococice experimentale, originea tuberculoasă a microftalmiei congenitale (acțiunea transplacentară a virusului atenuat), frecvența cataractelor la copii cu insuficiență tiroidiană, diferite cazuri rare, de conjunctivită alergică determinată prin revaccinare cu BCG, etc.

În chirurgia infantilă se aduc contribuții însemnate mai ales asupra problemelor patogenelor și tuberculozelor chirurgicale (*Poenaru-Căpălescu, Popoviciu, Slobozianu*), asupra leziunilor abdominale (*Marian, Poenaru-Căpălescu*), bolilor de nutriție și constituționale de interes chirurgical (*Marinescu, Parhon, Urechia, Iacobovici, Nițescu, Popoviciu*), leziunilor chirurgicale ale nou-născutului (*Zaharescu-Karaman*) și asupra chirurgiei infantile ortopedice (*Marian, Iacobovici*, etc.). — Numeroase lucrări se ocupă de studiul osteocondritelor infantile, tratamentul fracturilor supracondiliene ale umerului prin metoda mixtă de imobilizare a lui *Bălăcescu*, tratamentul boalei lui *Pott* cu patul gipsat ventral al lui *Petcu* și tehnica lui *Albee*, tratamentul plectorului stâng congenital, asocierea coxelor valge cu spina bifidă ocultă, boala lui *Legg-Calvé-Perthes*, a lui *Osgood-Schlatter*, a lui *Köhler*, etc. — *Popoviciu* arată că în tuberculoza osoasă infantilă se constată o deficiență D (scăderea Ca-ului și P-ului sanghin), paralelă gravității cazului și că efectul rahitogen, demineralizant al porumbului (v. la rahitism, pct. b) este mai accentuat la copii care trebuie să stea în pat, incl. din cauza altor leziuni osoase (fracturi etc.); prin vitamina D se poate preveni acest efect.

e) Igiena și igiena socială a copiilor (puericultura)

Încă din perioada mai veche a medicinei românești un număr considerabil de lucrări studiază problemele ce interesează igiena și ocrotirea copiilor în România, morbiditatea și mortalitatea infantilă în orașe și la țară, mijloacele de a le combate, cât și activitatea instituțiilor de asistență infantilă. Între ele, lucrarea lui *Iacobovici* arată cauzele mortalității din prima copilărie în România și măsurile necesare de luptă.

În perioada postbelică rapoartele făcute la primul congres al medicilor din România Mare (*Marinescu, Gane, Arbore, Irimescu, Manicatide, Grașoski*, etc.), cât și lucrările lui *Popoviciu, Banu, Slobozianu, Nemoianu, Zolog*, etc., studiază, sprijinite pe un vast material documentativ, problemele natalității și ale mortalității copiilor pe vârste, stare socială, economică, culturală, boli etc., în mediul urban și rural; ele se ocupă de situația noulor provincii, cu deosebire de activitatea

azilelor de copii din Ardeal; de problema ocrotirii închise, în institute, și a celei deschise, în familii, în colonile de copii ale azilelor; de numărul exagerat al debilizilor congenitali, datorit în primul rând muncii excesive a femeii gravide; de nivelul mortalității, relativ foarte ridicat și între 1—15 ani, din cauza bolilor infectioase; de capacitatea fizică și intelectuală a copiilor de școală și de rolul societății, al femeii române și al școlii în ocrotirea copilului. — Același autori preconizează, împreună cu *Moldovan, Zaharescu-Karaman, Burileanu, Manu, Vaida-Voevod, Mehedinți*, etc., măsurile legislative și operele care pot să combată morbiditatea și mortalitatea infantilă în România și să asigure o viitoare generație vișuroasă; un vast program de realizări biopolitice, bazate pe postulatele Ighenel națiunii (*Moldovan*), va înfăptui și o bună organizare puericulturală a țării.

În ultimul deceniu studiul cauzelor mortalității infantile pe regiuni e îmbogățit prin lucrările anchetelor internaționale (*Popoviciu*, etc.), asupra a 3 circumscripții rurale din cele 3 provincii și 1 circumscripție de la periferia capitalei; de asemenea și prin alte lucrări ale lui *Popoviciu* și elevii săi (*Munteanu, Pop, Mihalca, Moga*, etc.) asupra natalității și mortalității infantile din diferite județe din Ardeal și în restul țării, pe cauze medicale, sex, sezon, situație geografică, mediu urban și rural, arătând bilanțul demografic îngrijorător în sud-vestul țării, cu natalitatea foarte scăzută și mortalitatea foarte ridicată, cât și rolul lipsei razelor ultraviolete în mărirea mortalității masculine (v. și la pct. b). — *Popoviciu* în tratatul său de puericultură și pediatrie analizează toate problemele de ocrotire a copilului, ce se pun în România. — Tot școala clujană (*Popoviciu* și colaboratorii) se ocupă larg, în parte prin rapoarte prezentate la diferite congrese internaționale de specialitate, de utilitatea socială și educativă a așezării copiilor din orașe la țară; de situația țărancilor române, lucrătoare în gospodăria proprie și educatoare a copilului încredințat ei; situația copiilor deficienți în România; rolul surorilor de ocrotire în combaterea mortalității infantile; rostul nuplogiei; ocrotirea copilului pe vârste; rolul pericolului congenital alimentar și infecțios și mijloacele sociale de combatere, cu deo-

sebre cele necesare pentru combaterea pericolului alimentar; instituțiile menite să combată exagerata mortalitate infantilă în România și să asigure buna pregătire a personalului de specialitate, medical și de ocrotire în timp de război; etc. — *Popoviciu* indică postulatele unei viitoare organizații mai bune a ocrotirii familiei, mamei și copilului, dând un anteproiect de lege. — Alte numeroase lucrări (*Slătineanu, Zolog, Manuila, Banu, Nemoianu* etc.), studiază diferitele aspecte ale mortalității infantile, arată succesele obținute în combaterea ei prin plășile sanitare model, etc.

BIBLIOGRAFIE

- Manicatide-Popoviciu*: Rev. franç. péd. V. 7, Nr. 3, 1931, p. 390.
Popoviciu: Contribuțiunile românești în pediatrie și puericultură (sec. 19—20). — Cluj. Ed. Transilvania. 1934, 176 pg.
Almássy: Contribuțiile românești în pediatrie și puericultură în anul 1930. — Teză, Cluj, 1940.
Vass: Contribuțiunile românești în pediatrie și puericultură în anul 1931. — Teză, Cluj, 1940.
Băcilă: Contribuțiunile românești în pediatrie și puericultură în anul 1932. — Teză, Cluj, 1940.
Grozda: Contribuțiunile românești în pediatrie și puericultură în anul 1933. — Teză, Cluj, 1940.
Hellmut: Contribuțiunile românești în pediatrie și puericultură în anul 1934. — Teză, Cluj, 1940.
Jur: Contribuțiunile românești în pediatrie și puericultură în anul 1935. — Teză, Cluj, 1940.
Georgescu: Contribuțiunile românești în pediatrie și puericultură în anul 1936. — Teză, Cluj, 1940.
Mitescu: Contribuțiunile românești în pediatrie și puericultură aduse de școala clujană pe anul 1937. — Teză, Cluj, 1940.
Haray: Contribuțiunile românești în pediatrie și puericultură în anul 1937 (în afară de școala clujană). — Teză, Cluj, 1940.
Cheșanu: Contribuțiunile românești în pediatrie și puericultură în anul 1938, școala clujană. — Teză, Sibiu, 1941.
Andráșy: Contribuțiunile românești în pediatrie și puericultură în anul 1939, școala din Cluj. — Teză, Cluj, 1940.
Berea: Contribuțiunile școlii clujene în pediatrie și puericultură pe anul 1940. — Teză, Sibiu, 1941.
Bogdanovici: Contribuțiunile românești în pediatrie și puericultură pe anii 1938—40 (școlile din București și Iași). — Teză, Sibiu, 1941.
Pitic: Contribuțiunile școlii clujene în pediatrie și puericultură pe anul 1941. — Teză, Sibiu, 1942.
Manu: Contribuțiunile românești în pediatrie și puericultură pe anii 1930—1941. — Teză, Sibiu, 1942.

Societăți medicale

SOCIETATEA MEDICALĂ A SPITALULUI MILITAR SIBIU

Sedința din 16 Octombrie 1942.

Prezidează: D-l Prof. Dr. C. Ureche.

Prof. Dr. C. Tătaru și Dr. N. Albu: Reticulina în tratamentul pelagrei. Bazați pe considerațiunile etio-patogenice în stările alergice și anume:

Șocul anafilatic poate fi declanșat în anumite împrejurări și de agenți fizici cum sunt razele ultraviolete, și cunoscând acțiunea

reticulinei care poate să împiedece acest șoc: am încercat pe un număr de 10 cazuri de pelagră reticulina.

Noi credem că la bolnavii suferinzi de pelagră există o stare alergică și că acțiunea razelor solare constituie factorul care declanșează erupțiile cutanate.

În adevăr, am constatat că după câteva injecții eritemul regresează. Aceasta regresie este foarte mult accelerată în comparație cu cazurile care nu au fost tratate cu reticulină.

Rămâne ca în experiențele ce vor urma să stabilim dacă reticulina are o influență și asupra achiliei gastrice. Un fapt este incontestabil și anume: reticulina accelerează regresia erupțiilor eritemato-congestive.

Prof. Dr. C. Tătaru și Dr. N. Albu: Un caz de maladie a lui Nicolas Favre cu elefantiaza peno-scrotală. După un scurt istoric al maladiei și descrierea ei ca entitate anatomo-patologică și clinică, insistând asupra importanței reacției Frey în diagnosticul diferențial, se trece la prezentarea cazului, fiind vorba de un soldat, A. N., dintr'un Reg. de Pioneri, în vârstă de 21 ani, de meserie croitor, de loc din T-Severin.

Antecedente personale: Înainte cu doi ani a prezentat o adenită inghinală bilaterală pe care a tratat-o timp de 2 luni într'un spital din București, cu comprese și tratament local, neprecizându-i-se originea adenopatiei.

Prezenta afecțiune a debutat înainte cu 6 luni cu o leziune șancroasă mică, nedureroasă, la nivelul penisului pe fren, care în câteva zile a cuprins întreg șanțul prepuțial și glandul. În timpul acesta penisul s'a tumefiat, scrotul de asemenea devenind dureros, temperatură 39°, frisoane și stare generală rea. A fost ținut în această stare la Infirmeria Corp. 1½ lună de zile. După 3 săptămâni fenomenele acute au dispărut treptat, iar mai târziu cu o săptămână a intrat în serviciul nostru.

Starea prezentă: Penisul pe toată întinderea lui extrem de mărit în volum, atârând cu greutate și având o formă de lulea sau limbă de clopot.

Această tumefiere este constituită prin o îngroșare păstoasă a tegumentelor, care sunt distruse, formând uneori plici profunde care dau o incrustare curioasă a penisului tumefiat. Pe tegumentele îngroșate de o consistență dură, pe dosul penisului și în partea prepuțială se simt câteva cordoane mai dure. Pe fața inferioară a penisului prepuțul prezintă o suprafață constituită prin mici excrescențe turtite, delimitate prin șanțuri adânci. Aspect pachidermic.

Îngroșarea tegumentelor penisului trece și pe scrot, care este de asemenea mărit în volum, având dimensiunile unui cap de copil. În regiunea inghinală bilateral numeroase cicatrice, ganglioni foarte mici, de consistență dură.

Aspectul clinic al leziunii cutanate, caracterizate prin hiperplazia elefantiazică care cuprinde tegumentele penisului și scrotului, dela început ne-a determinat să ne gândim la sindrom parodermic genital. Bănuiala noastră s'a confirmat prin reacția biologică Frey, care după 48 ore a fost intens pozitivă. Toate celelalte reacțiuni serologice au fost negative.

Cazul prezentat este interesant prin raritatea lui.

Din punct de vedere al serviciului militar, cazurile de limfogranulomatoză inghinală, care în serviciile noastre se prezintă destul de des, (în decursul acestui an au fost în serviciul nostru 15 cazuri) sunt considerate de către medici militari ca afecțiuni benigne.

Cazul de față ne arată că problema nu este așa de simplă, — militarul suferind de L. I. G. după eliberarea din spital este supus unor eforturi destul de intense, circulația limfatică într'un sistem limfatic deja compromis, prin aceste eforturi este și mai mult compromis, încât nu trebuie să ne mirăm dacă vom asista la acești soldați la desvoltarea sindromului genital și ano-rectal — faptul acesta ne impune prudență în stabilirea aptitudinilor fizice.

În ce privește tratamentul cazului de față, dat fiind enorma întindere a părților elefantiazice pe lângă tratamentul medicamentos clasic se impune și o intervenție chirurgicală.

Dr. A. Moga și Dr. C. Manta: Aneurism arterio-venos carotidian asociat cu epilepsie. Un soldat, Z. M., 27 ani, este internat într'un spital Z. I. din Sibiu, pentru accese de epilepsie.

În 1938 a suferit de pleurizie purulentă, pentru care a fost operat. Neagă alte boli.

În 1941, fiind pe front, în timpul unui atac a fost surprins între două tancuri inamice. Este cuprins de frică, apoi de un frison, în sfârșit cade în nesimțire. După câteva ore își revine. A doua zi își dă seama că are o vibrație continuă în regiunea cervicală stg. De atunci are accese caracterizate prin pierderea cunoștinței și convulsii tonico-clonice în extremități, observate de camarazi.

Examenul obiectiv: Ușoară bombare a regiunii cervicale în partea stângă, de-a-lungul vaselor gâtului.

Aici se percepe un frează continuu și suflu sistolic-diastolic puternic, cu accentuare sistolică. Maximum de intensitate deasupra claviculei, de unde se propagă în sus până la unghiul maxilarului stâng, în jos la coasta a treia. La inimă o hipertrofie ventriculară stângă, confirmată ortocardiografic. Tensiunea art. 11 și jumătate la brațul stâng, 9 și jumătate la brațul drept. Indicele oscilometric la același nivel, 2¾ în dreapta, 2¼ în stânga.

Sistemul nervos: reflexe patelare ușor diminuate.

Tensiunea arterei retiniene: 15 mm. Hg. la O. D. ipotonie foarte accentuată în stânga, încât nici nu se poate percepe.

În timpul cât este internat în Spital are câteva accese de epilepsie observate și confirmate de medicul de serviciu.

Convulsii tonico-clonice interesează extremitățile.

Cazul prezintă un interes deosebit din mai multe motive:

1. Prin lipsa unei răniri care să lezeze vasele la nivelul căreia se găsește aneurismul arterio-venos.

2. Prin localizarea pe o arteră (carotidă) care face plauzibilă existența unei legături patologice cu sindromul epilepsiei. Asupra acestui mecanism se pot face mai multe ipoteze.

3. Prin problemele de ordin terapeutic pe care le pune: dacă este posibilă intervenția chirurgicală, metoda operatorie, etc.

4. Din punct de vedere medico-militar, dacă nu se intervine, cazul trebuie judecat ca o cardiopatie, câștigată din cauza războiului, care duce cu timpul la insuficiență circulatorie.

Medic Slt rez. Dr. Șt. Gârbea și Med. Slt. Lîmpede Gh.: Tumoră retroauriculară dreaptă recidivată, grefată pe cicatrice de trepanație mastoidiană și cu etiologie necunoscută. Sold. Dăniș Nicolae, de 32 de ani, din Leg. Jand. Sibiu, de origine din Bărbăteni, Jud. Hunedoara, de profesiune agricultor. În antecedentele heredo-colaterale nimic important.

Bolnavul a suferit la vârsta de 16 ani de tuse convulsivă și flegmoane repetate periamigdalene.

În toamna anului 1934, după o răceală, a contractat o otită acută supurată bilaterală, pentru care a fost tratat în spitalul militar din Cluj timp de 6 săptămâni, după care urechia dreaptă a mai continuat să curgă.

A fost trimis la unitate și după una săptămână, starea agravându-se, a fost internat în serviciul Clinicii O. R. L. din Cluj, unde a fost operat de mastoidită dreaptă. După 2 luni dela trepanație plaga s'a vindecat, dar la o jumătate de an dela operație a observat că pe cicatricea operatorie, apare o tumoretă de mărimea unei semințe de cânepă.

Timp de 3 ani tumora a crescut mereu, până în 1937, când a ajuns de mărimea unui ou de găină.

Ajungând la acest volum, tumora îl supăra mereu în timpurile friguroase. A fost trimis din nou la Clinica O. L. R. din Cluj, unde tumora i-a fost extirpată în totalitate.

Cu toată ablația perfect totală, tumora a început din nou să crească după un an și volumul ei a ajuns în iarna acestui an, așa cum se vede pe fotografia alăturată.

Tumora era infectată secundar, cu secreții purulente fetide, care îi dădeau aspect de tumoră malignă. După o lună de pansamente zilnice, infecția secundară a dispărut.

Examinată cu atenție tumora avea o consistență dură, intim aderentă de tegumente. Partea superioară a tumorii se continua cu tegumentele. Se face o biopsie din centrul tumorii și rezultatul

examenului histopatologic n'a putut preciza etiologia, opiniind pentru o tumoră micotică.

Rezultatul buletinului sună în felul următor :

Nr. 735/B din 15 Aprilie 1942.

Rezultatul cercetărilor : În secțiunile făcute se vede țesut conjunctival cu bande groase, în care se văd celule de infiltrație, eozinofile și polinucleare, multe vase de neoformațiune și extravazări de sânge.

Este un proces inflamator proliferativ.

Etiologia n'o putem preciza, nefiind caractere de t. b. c. sau de sifilis. Nu este exclus de a fi o micoză.

Direct. Inst. Anat. Pat. (ss) *Prof. Dr. T. Vasiliu.*

Între timp bolnavul a făcut flegmoane repetate periamigdalene bilateral și numai după vindecarea lor i-am repetat biopsia, și la al doilea buletin, care ne dă următorul rezultat, iarăși nu se poate stabili originea tumorii prin examenul histologic :

Nr. 56/B din 8 August 1942.

Rezultatul cercetărilor : Piesa trimisă este formată dintr'un epitelu pavimentos de inveliș, sub care se găsește un țesut conjunctivo-vascular, în parte hialinizat

Sub epiderm, în jurul vaselor se găsește o foarte bogată infiltrație limfoplasmocelulară. Vasele au endoteliul îngroșat și tumefiat. Nu sunt caractere de malignitate : este vorba de o pseudo-tumoră inflamatorie, a cărei origină nu se poate stabili din examenul histologic.

Se va căuta și reacția Wassermann.

p. Dir. Inst. Anat. Pat. (ss) *Dr. Popa.*

R. Wassermann din sânge negativă.

La 8 August se face intervenția.

După anestezia locală cu salvocaină se extirpă tumora cu mare dificultate din cauza vascularizației abundente și a aderenței intime cu tegumentele, mai ales în partea superioară.

După pansamente zilnice timp de 6 săptămâni plaga s'a vindecat complet.

Tumora extirpată în totalitate și recoltată în formol a fost trimisă pentru a treia oară la examenul isto-patologic și rezultatul buletinului ultim rămâne tot fără nicio concluzie din punct de vedere etiologic :

Nr. 56/B din ... Septembrie 1942.

Rezultatul cercetărilor : Secțiunile noi făcute prezintă aceeași structură, adică nodulul este format dintr'un țesut conjunctiv hialinizat din care nu se poate trage nicio concluzie de ordin etiologic. Este evident că acest țesut reprezintă o reacțiune de proces inflamator hiperplazic ajuns în faza de scleroză când nu mai are caracterele specifice ale fenomenului inflamator în evoluție, din care să trag concluzii asupra etiologiei.

p. Dir. Inst. Anat. Pat. (ss) *Dr. Popa.*

În concluzie, cazul acesta prezintă importanță :

1. Pentru raritatea lui excepțională din punct de vedere clinic

2. Pentru că examenul histo-patologic repetat în trei rânduri din totalitatea tumorii, n'a putut clarifica etiologia ei care părea a fi la început tumoare micotică, așa cum s'a amintit în primul buletin de examinare histologică.

3. Pentru calea de urmat, în cazul când va recidiva a 3-a oară, fiind probabil necesară și radioterapia

Dr. A. Moga și Med. Cpt. C. Florescu : Un caz de hepatită hidropigenă (cirhoză atrofică latentă, evoluând cu sindromul ictero-ascitic Fiessinger-Brodin). Soldatul M. S., de 29 de ani, de profesie chelner, este internat în Spitalul Militar Sibiu, cu icter, ascită și edeme mari generalizate, cari evoluează de 2 săptămâni. Nu a suferit înainte nicio boală.

Se constată un icter franc, intens, ascită și edeme generalizate, cu caracter mai mult renal.

Se evacuează 5 kg. lichid sero-citrin, cu rivalta pozitiv, polinucleare și limfocite în sediment. După două zile edemele regresează.

După alte câteva zile bolnavul sucombă în mod subit.

La început se discută diagnosticul diferențial între un icter cataral formă hidropigenă și o hepato-nefrită cu edeme.

Autopsia arată o cirhoză hepatică atrofică ; nu sunt leziuni cardiace, nici renale.

Concluzie : Cirhoză atrofică latentă.

Un factor toxic sau infecțios supraadăugat, provoacă leziuni ale parenchimului hepatic, cari duc la formarea icterului, ascitei și edemelor printr'un mecanism descris de N. Fiessinger și P. Brodin.

Med. Cpt. Florescu și Med. Slt. rez. Dr. Petrișor Viorel : Mioclonus al diafragmului ca manifestare a unei nevroze traumatiche. Soldatul R. I., în vârstă de 33 ani, dintr'un Regiment de Cavalerie, înainte cu un an de zile în timpul unor atacuri și bombardamente s'a simțit foarte emoționat și în timpul unei nopți brusc a început să aibă dispnee care se accentua la efort, dureri în regiunea precardiacă, tumefierea feței și a extremităților, uneori după efort având și sughit. A fost evacuat și cu tot tratamentul instituit prezintă aceleași acuze.

În antecedentele personale un reumatism poliarticular acut la 15 ani.

La examenul obiectiv se constată : Conracțiuni puternice în etajul superior abdominal, mai accentuate în ipocondrul drept și continuând spre epigastru și ipocondrul stâng, dând un adevărat dans al etajului superior abdominal. Conracțiunile sunt foarte frecvente ajungând până la 70-90 pe minut, fiind mai dese în respirațiile superficiale sau după inspirații și expirații profunde. Se constată contracțiunea mușchilor intercostali în special la baza hemitoracelui drept și tremurături în membrul superior drept cari uneori se transformă în adevărate contracturi la nivelul mușchilor brațului. La aparatul respirator nimic important, la aparatul circulator un suflu diastolic la focarul aortic și mezosternal.

Radiologic : Semne de hipertrofia ventricolului stâng. Relaxarea hemidiafragmului stâng, excursiunile diafragmului în inspirații și expirații profunde quasi normale. La respirația normală și imediat la terminarea unei inspirații sau expirații profunde contracțiuni clonice a diafragmului, prezentând contracțiuni active la nivelul hemidiafragmului drept și acționând prin presiunea abdominală asupra diafragmului stâng, astfel că dă aspectul de mișcări paradoxale. Este un caz de clonus al diafragmului la un individ suferind de nevroză traumatică și insuficiență aortică.

Med Slt rez Dr. Petrișor Viorel : Problema adenopatiilor cervicale tuberculoase și a degerăturilor din punctul de vedere medico-militar. În situația de medic al unei unități de Artilerie care a făcut campanie de iarnă, expune procentual numărul mare al acelor care au fost evacuați de pe zona de luptă, fiind suferinzi de adenite cervicale tuberculoase și degerături. La cazurile de adenite cervicale a observat că cu toate că au trecut 6 până la 7 luni de zile de la evacuare nu s'au ameliorat cu toate că li s'au acordat concedii de lungă durată.

Unii dintre ei prezentau fistule fără tendințe de vindecare. Acești oameni sunt impropriei pentru un serviciu militar, în același timp neputându-și vedea de ocupațiile de acasă. Punându-se problema acestor cazuri, pentru a avea o populație sănătoasă atât pentru luptă cât și după războiu ca factor de muncă, oare nu este cazul ca acelor care prezintă discrete adenite cervicale să li se administreze un tratament profilactic, iar acei cari prezintă tulburări manifeste să fie concentrați în anumite instituții de munte sau la mare, unde să li se administreze tratament igienico-dietetic și climatic până la vindecare ?

Dat fiind marele număr de tulburări după degerături, consistând în plăgi atone, fisuri, căderea unghiilor, acrocianoză, tul-

burări circulatorii, oprind pe acești oameni să îmbrace cizma sau bocanc pentru un timp mai îndelungat, nu este cazul oare ca acești oameni să fie tratați un timp mai îndelungat în secții speciale și să li se administreze tot tratamentul fizioterapic și medicamentos necesar?

Las la aprecierea și la discuția Domnilor specialiști în aceste chestiuni, pe cari îi rog să tragă concluziile necesare.

Prof. Dr. C. Urechia: Cazuri: 1. Tumoră ponto-cerebeloasă; 2. Un caz de Aran-Duchenne; 3. Dr. V. I. medic, cu boala lui Thomsen.

Autoprezentare: Antecedente: un văr și doi frați prezintă aceeași maladie, la al 4-lea frate și la o soră nu a apărut nimic. Părinții nu suferă.

Simptomatologie: La orice mișcare bruscă prezintă contracțiuni a tuturor mușchilor; la oboseală și o contractură a esofagului. Dacă face mișcări lente contractura nu apare. După intensitatea mișcării, contracturile durează 5—10 secunde până la o jumătate de minut.

După eforturi mai mari, contractura ține până la una sau una și jumătate minute.

Pe front la un atac al aviației, din cauza contracturii nu a putut intra în adăpost.

După expunere, face o demonstrație la brațe și la coapse.

D-l Prof. Dr. C. Urechia declară, că emoțiile ar exagera contracturile și în ceea ce privește sediul lor nu e nimic clar, probabil turburări de tonus.

Revista cărților

Tratat elementar de anatomie descriptivă și topografică. (Cu] aplicațiuni medico-chirurgicale) de Prof. Dr. Vițor Papilian. Volum I. 368 pagini. Editura Dacia Traiană S. A. Sibiu, 1942. Prețul Lei 1100.

A apărut fascicola I, din volumul I, ediția a 3-a a tratatului de anatomie descriptivă și topografică a Domnului Prof. Dr. V. Papilian. Această parte a tratatului ne prezintă osteologia, trădând următoarele capitole:

Considerațiuni generale asupra existenței și alcătuirii corpului omenesc, câteva date elementare de istologie, generalități asupra conformației exterioare și interioare a oaselor, asupra dezvoltării oaselor și funcțiunii oaselor.

Se expune apoi cele patru părți principale ale scheletului: coloana vertebrală, toracele, capul și membrele. În fiecare din aceste patru părți după ce se face descripția anatomică a oaselor respective, se fac apoi considerațiuni fiziopatologice cu aplicațiuni medico-chirurgicale de mare importanță medicală practică.

Această carte în primul rând este un tratat didactic și deci întâi se adresează studenților în medicină care au în el un tratat de anatomie excelent. Însă cartea prezintă interes și pentru medicii care vreau să-și reîmprospăteze cunoștințele de anatomie, mai ales că în ea se tratează în legătură cu fiecare capitol aplicațiunile medico-chirurgicale imediate.

Deși tratatul este retipărit cu Universitatea în refugiu, totuși el este prezentat în condițiuni excelente. Mai întâi stilul este într-o limbă românească admirabilă, ceea ce ușurează foarte mult studiul unui subiect, cum este anatomia. Condițiile tehnice în care se prezintă lucrarea sunt excelente, pentru ce de sigur că se cuvin laude și editurii. Cartea este ilustrată cu 321 de planșe în text, ceea ce ușurează foarte mult consultarea ei.

Anatomia constituie una din științele de bază ale medicinei, de aceea tratatele ca cel de față servesc admirabil la studiul ei.

Conf. Dr. I. Gavrilă

Tratamentul bolilor interne de Ferdinand Hoff. Traducere de d-nii Prof. Dr. L. Daniello, Șef de lucrări Dr. T. Dragomir, Conf. Dr. I. Gavrilă și Șef de lucrări Dr. A. Moga. Editura H. Welther, Sibiu, 1943. Un volum în 532 pagini, prețul legat 1680 Lei.

Scrișul nostru medical s'a îmbogățit, datorită inițiativei atât de fecunde în timpul din urmă a Editurii H. Welther din Sibiu, cu o carte menită să aducă orientări nouă în concepțiile de terapie ale medicilor noștri.

Primul capitol „Principiile generale ale Terapeuticei” este o profesiune de credință a autorului, care, fără a părăsi terenul solid a ceea ce am numi medicina oficială, caută să-i adauge ace-

steia ceea ce crede bun din preceptele naturiștilor și homeopaților, abia tolerați până acum la periferiile științei medicale.

Cartea e scrisă cu competența pe care o dă experiența, dar și cu mult curaj, fiindcă numai așa se poate alege esențialul din numărul enorm de medicamente, specialități, formule magistrale și metode terapeutice. Curaj trebuie și pentru ca să declari că nu regreți faimoasele și complexe ordonanțe ale înaintașilor noștri, atât de deplânse de câte ori e vorba de „decadența artei recepturii din cauza specialităților”.

În toată cartea se simte că autorul s'a identificat cu recomandăția din noua „Berufsordnung der deutschen Aerzte” care zice că „În orice caz de boală medicul trebuie să caute să obție efectul curativ optim cu mijloacele cele mai simple” (Prefața autorului).

Cartea conține o parte generală „Principii generale ale Terapeuticei” și partea specială, împărțită în capitole: Bolile inimii și ale sistemului vascular. Bolile aparatului respirator. Bolile sângelui. Bolile endocrine. Bolile de nutriție. Bolile organelor digestive. Bolile pancreasului. Bolile ficatului și ale căilor biliare. Bolile rinichilor și ale căilor urinare. Bolile aparatului de locomoțiune. Bolile infecțioase. Boli transmisibile prin animale. Bolile sistemului nervos.

La sfârșitul cărții se mai găsește un index al medicamentelor discutate în carte și un index alfabetic al materiei care facilitează foarte mult orientarea rapidă într'un caz dat.

Prefața volumului este semnată de Domnul Profesor Dr. Iuliu Hațieganu, Rectorul Universității noastre

Traducătorii merită toată lauda pentru felul cum au știut să învingă dificultățile unei traduceri ca aceasta: să păstreze prospețimea frazei și a gândului din textul original, să ocolească prin perifrază ceea ce nu e traducibil și să redea totuși exact ideile autorului.

Cartea e deopotrivă de bună pentru toți medicii în căutarea unor metode nouă sau a reîmprospătării cunoștințelor din anii de școlaritate, cât și pentru studenții care-și alcătuiesc baza viitoarelor lor succese terapeutice.

Dr. C. Berariu

Neurologie. Tratat diagnostic și terapeutic. (Leitfaden der Neurologie) de F. Laubenthal. Ediția II. 1942, traducere în românește de Dr. Emil I. Bologa. Un volum de 332 pag., cu 129 planșe. Editura H. Welther, Sibiu 1943. Prețul: legată în pânză 1620 Lei.

Fată de necesitatea din ce în ce tot mai evidentă de a pune la dispoziția studenților în medicină manuale didactice și practice, traducerea în românește a micului tratat de neurologie al lui F.

Laubenthal cu titlul de: Neurologie, tratat diagnostic și terapeutic reprezintă o ocaziune binevenită.

După cum se anunță în cuvântul introductiv tratatul este compus din lecțiuni clinice. În aceste lecțiuni cu un caracter eminamente practic, autorul a concentrat pe cât a fost posibil un vast și bogat material didactic, ceea ce constituie un adevărat record, dacă comparăm tratatul care are 332 pagini cu 129 planșe cu vastul tratat de neurologie Bumke-Förster care cuprinde peste 16 volume mari.

Metoda autorului de a descrie diferitele sindrome și afecțiuni după localizarea leziunilor anatomice, utilizând în expunere o metodă personală prin care diagnosticul este facilitat pornind de la cunoașterea simptomelor clinice, ajungând astfel la cunoașterea sindromului și apoi la boală.

În partea primă sunt expuse pe larg metodele de investigație la care sunt adăugate capitolele recoltarea și examenul lichidului cefalorachidian și examenele radiologice ajutoare. Partea a doua tratează aproape toate sindromele pe care studentul în medicină și medicul practician le întâlnește în practica medicală. Sunt tratate mai pe larg sindromele mai frecvente și ca o necesitate de actualitate autorul dă câteva observațiuni asupra leziunilor traumatiche ale sistemului nervos.

Anexa pe care autorul o atașează la finea tratatului său cuprinzând înervațiunile celor mai importanți mușchi ai trunchiului și ai extremităților, dă posibilitatea de a recunoaște în mod rapid deficitul funcțional rezultat din paralizii diferite ale mușchilor.

Prin traducerea în românește de către D-l Dr. E. Bologa a acestui tratat, care este primul tratat neurologic german tradus în românește s'a făcut incontestabil o operă utilă pentru medicii practicieni și pentru studenții în medicină în primul rând. Scopul pe care traducătorul îl urmărește, este de a le da posibilitatea de a cunoaște afecțiunile sistemului nervos, o necesitate absolută pentru orice medic, având în vedere numărul mereu ascendent al bolnavilor cu afecțiuni ale sistemului nervos.

Limba științifică utilizată de autor este foarte clară și tendința de a nu se îndepărta prea mult de sensul textului original încă este realizată.

Pentru munca grea a traducerii i se cuvine toată lauda. Realizarea tehnică constituie pentru editura H. Welther un merit deosebit atât pentru execuția ireproșabilă a planșelor, cât și pentru imprimarea textului.

Tehnica terapeutică pentru practica medicală. (Therapeutische Technik für die ärztliche Praxis) apărută sub îngrijirea Dr.-ului Ernst Meyer Editura Georg Thieme, Leipzig 1942. Un volum de 1016 pagini cu 728 planșe în text. Prețul broșat Lei 4050— legat Lei 4170— Se găsește de vânzare la librăria H. Welther, Sibiu, Str. Regina Maria.

A apărut tratatul de tehnică terapeutică sub îngrijirea D-lui Dr. Ernst Meyer, medicul șef al secției de boli interne din spitalul Ludwig Hoffman, Berlin-Buch. Cartea este opera mai multor colaboratori cu nume cunoscute din lumea medicală germană. Conținutul acestui tratat este următorul:

Partea I-a se ocupă cu probleme generale de terapie, în partea II-a sunt tratate problemele speciale de terapeutică.

În partea I-a sunt discutate următoarele capitole: profesorul Dr. Fr. Jamin vorbește despre psihologia tratamentului bolnavului. Despre tehnica îngrijirii bolnavului tratează Dr. A. Heisler.

Tehnica alimentației bolnavului și terapia dietetică este tratată de către Dr. J. Prüfer, ocupându-se cu următoarele probleme de dietetică: regimul de post, de crud-tăți, vegetarian; — regimurile în diferitele boli de stomac (gastrită, ulcer, gastro-duodenal), boli hepato-biliare, boli ale intestinului subțire, ale intesti-

nului gros, boli ale aparatului cardio-vascular și renal, dietetică în diabet, în obezitate, în gută, în Basedow și slăbire; dietetică în boli febrile, în alergiile alimentare, hepato-terapia în anemia pernicioasă, dietetică în bolile cutanate, alimentația artificială.

Profesorul Dr. E. Stettner discută problema tehnicii alimentației sugărilor și copiilor mici sănătoși și bolnavi, ocupându-se cu tehnica alimentației naturale, alimentației artificiale și cu regimurile alimentare în diferitele boli infantile.

Tehnica hidro-, termo- și balneoterapiei este tratată de către Dr. E. Meyer, discutând aici următoarele probleme: hidro-terapia (băi întregi, băi provocatoare de febră, băi parțiale, băi intestinale, afuziuni, dușuri, împachetări, masajuri sub apă); termo-terapia (împachetări uscate, băi cu aburi, cu aer supraincălzit, băi de nisip, de nămol, căldură uscată, împachetări cu parafină, ultra-termia și diatermia); — balneoterapia (băi de acid carbonic, băi cu oxigen, băi minerale, băi cu adaosuri de plante, băi radio-active, băi hipotonice).

Electroterapia este tratată tot de Dr. E. Meyer.

Dr. Hg. Scholtz se ocupă cu tehnica tratamentului cu raze de lumină, tratând despre helioterapie, terapia cu raze luminoase artificiale (ultraviolete, infraroșii etc.).

Dr. H. Brodersen tratează despre introducerea în tehnica terapiei cu raze-Roentgen, ocupându-se cu următoarele probleme: generalități asupra terapiei cu raze-Roentgen, apoi tehnicile speciale de tratament în diferitele boli (tumori maligne, boli sangine, limfogranulomatoză, tumori benigne, boli cutanate, etc.) roentgenoterapia disfuncțiilor neurovegetative și endocrine, terapia cu radium și mezotoriu.

Prof. Dr. W. Kohlrausch expune problema masajului și a gimnasticii terapeutice în toate domeniile medicale și chirurgicale.

Prof. Dr. H. Langecker vorbește despre tehnica preparării medicamentelor și aplicării lor.

Prof. Dr. E. Sonntag tratează câteva capitole alese din chirurgia generală: asepsia, anestezia, hemostaza, transfuzia, tratamentul plăgilor, fracturile și luxațiile.

În partea II-a a cărții sunt tratate probleme din terapia specială. Aci Doc. Dr. A. Heinrich vorbește despre tehnica tratamentului în medicina internă și în bolile nervoase; Prof. Dr. E. Stettner în terapia infantilă; Prof. Dr. E. Sonntag în chirurgia specială; Prof. Dr. W. Thomsen în ortopedie; Dr. G. Birnbaum în bolile dermatovenerice; Prof. Dr. Th. v. Jäschke în ginecologie și obstetrică; Prof. Dr. E. Pilaumer în urologie; Dr. A. Schultz van Treeck în oto-rino-laringologie; Prof. Dr. W. Wegner în oftalmologie; Prof. Dr. Friedrich Proell în stomatologie.

După cum se constată din conținut, această carte prezintă toate tehnicile medicale și chirurgicale de tratament în toate specialitățile medicinei. Ele sunt scrise de către oamenii cei mai competenți ai medicinei germane. Tratatul este de un mare folos în primul rând pentru studenții în medicină și medicii începători, pentru că în el vor găsi fiecare toate elementele necesare pentru o inițiere și o desăvârșire în diferitele tehnici de tratament. Tratatul este de un real folos și pentru toți medicii practicieni mai vechi, pentru că aici fiecare își va putea reinproșpăta în orice moment o tehnică de tratament pe care n-o practică în mod obișnuit, însă într'un caz dat este silit s'o aplice. În rezumat această carte merită să se găsească în biblioteca fiecărui medic practician sau student.

Numeroasele planșe excelent executate și condițiile tehnice de tipar tot așa de perfecte ușurează foarte mult consultarea cărții, chiar și pentru aceia cari nu posedă la perfecție limba germană.

Conf. Dr. I. Gavrilă.

Revista revistelor

INTERNE

Ceva nou despre patologia și terapia astmului bronchial de Dr. A. Kileny. (Wiener Medizinische Wochenschrift No. 10).

În introducerea autorului raportează detaliat despre patogeniza astmului bronchial. Se presupune cu certitudine că astmul bronchial este o boală alergică, la care pot activa cele mai diverse cauze, interne și externe, iar organismul reacționează altfel la anumite iritații decât la un organism normal.

În continuare autorul se ocupă cu diversele feluri de tratament ale astmului bronchial. Terapia cu autovacini a rămas până acum în general fără efect. Tratatamentul cu Röntgen la astmatici arată adeseori numai ameliorări pasagere și temporare; afară de aceasta nu este recomandabil de a repeta o cură de Röntgen. O cercetare bronhoscopică pentru stabilirea sigură a diagnozei și prin aceasta a terapiei, după cum este cerută de alți autori, nu este posibilă după părerea autorului, la astmul bronchial, mai cu seamă în timpul unei crize.

Desensibilizarea specifică se lovește de asemenea de mari dificultăți; astfel încă de la stabilirea alergenelor, cari declanșează criza, va trebui să se depună o „adevărată muncă de detectiv.” Chiar dacă aceasta reușește „este totuși aproape imposibil în practică, în orice caz cere prea mare pierdere de timp și este prea costisitor, ca să se prepare un extract specific din alergenele respective. Înafară de aceasta este câte odată foarte greu de a exclude alergenele din mediul adeseori condiționat de profesiune, deoarece ar putea atrage după sine distrugerea existenței pacientului.

Aceste inconveniente ale metodelor sus amintite au determinat pe autor, ca într'un caz, în care nu era posibil de obținut niciun antigen contra alergenului (praf de lână), să întreprindă un preparat gata, făcut dintr'un amestec antigen polivalent, și anume PASPAT. Chiar după a 5-a scarificare, crizele au încetat cu totul. Incurajat de acest succes, autorul a aplicat terapia cu PASPAT, în parte combinat cu o cură de completare ajutoare, individuală (cu tratamentul cu Vitamina C. etc) până astăzi, în 44 cazuri de bolnavi astmatici și putu obține prin aceasta completa vindecare.

De un interes cu totul deosebit este părerea autorului asupra domeniului de eficacitate a produsului PASPAT, întru cât stabilește pe baza experiențelor sale personale, că specificitatea PASPAT-ului se potrivește la atât de multe alergene încât în practică se egalează cu o desensibilizare multivalentă, deci cu una nespecifică.

Despre succesul unei terapii cu PASPAT scrie autorul: „Nu ne putem lipsi de acest amestec de antigen în practica terapiei cu PASPAT, pentru a putea obține succese.” Spre a putea însă duce cura la un sfârșit plin de succese, este de o mare importanță, să nu ne mulțumim cu rezultate modeste, ci să continuăm tratamentul un timp suficient de lung, pentru a evita astfel recidivele. Căci tratamentul unui astm recidiv, este după experiențele autorului tot ce poate fi mai greu.

Examenul radiologic a unui spasm esofagian poate conduce la o eroare în localizarea leziunii, care este în cauză. (L'examen radiologique d'un spasme esophagien peut conduire a une erreur dans la localisation de la lésion qui en est la cause) de F. Naville et R. Herrmann. Schw. Med. Wschr. 1942 Nr. 44, pag. 1224—26.

Observația relatată demonstrează că nu este posibil de a localiza cu certitudine o leziune organică a esofagului în raport cu un spasm controlat prin examenul radiologic. Examenul radiologic va demonstra, că există o afecțiune, fie a mucoasei, fie a pereților, fie a sistemului nervos, sau neuromuscular; însă spasmul

poate să se producă la distanță de leziune. Localizarea leziunii nu poate fi precizată, decât prin o esofagoscopie, afară de cazuri dacă filmul nu arată în alt loc decât în regiunea spasmului o imagine radiologică indubitabil caracteristică unei leziuni.

I. G.

Myopathie et spina occulta: Prof. Dr. C. I. Urechia și Dr. L. Dragomir: Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie Vol. 105. No. 5.—1942.

Se comunică observațiunea unui caz rar și foarte interesant de miopatie la care s'a constatat în plus o spina occulta, o pată mare pigmentată acoperind aproape întreg abdomenul, acoperită fiind de păr abundent și foarte lung, iar la nivelul regiunii lombare alte două pete mai mici pigmentate și acoperite cu păr lung.

În legătură cu acest caz se discută probleme interesante și nerezolvate încă, provocând mecanismul turburărilor trofice și raportul lor eventual cu măduva spinării.

Se remarcă raritatea cazurilor unde miopia coincide cu spina occulta și se arată că ereditatea joacă un rol important în ambele afecțiuni.

Sur deux cas de polynévrite anémique. Prof. Dr. C. I. Urechia: — Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie. Vol. 104. No. 4/5—1941

Autorul arată că atingerea nervilor periferici este o manifestare foarte rară în sindromele neuro-anemice, citând pe cei câțiva autori ce au semnalat-o. Cazurile publicate sunt interesante în primul rând prin raritatea lor și apoi prin efectul remarcabil al tratamentului opoterapic. În ambele e vorba de femei: la una din ele boala s'a instalat după o parestezie în membrele inferioare, cu dureri gastrice provocate de ingerarea alimentelor și vărsături.

În al doilea caz era vorba de o polinevrită cu simptome motrice foarte exprimate și puține simptome sensitive.

Tratamentul prin extract hepatic și gastric, arsenic, fier și vitamina C., a produs o vindecare care s'a menținut și peste un an,

Dr. T. Dragomir.

*

INFECȚIOASE

Asupra terapiei herpesului zoster. (Zur Therapie des Herpes Zoster) de Dr. K. Blum. Schw. Med. Wschr. 1942. No. 44 pag. 1023—24.

În baza bunelor rezultate terapeutice obținute în stările nevralgice postinfecțioase cu sulfanilamid și regim declorurat bazic, se indică tratamentul precoce al herpesului zoster cu vitamina B₁ și C și sulfonamid asociat cu regim declorurat bazic.

Autorul a aplicat acest tratament într-o serie de cazuri cu rezultat bun.

Având în vedere etiologia virusului filtrant în herpes zoster se recomandă prin analogie de a aplica același tratament și în poliomieliță și în alte boli, cauzate de virusuri: rușeolă, encefalită, etc.

O metodă sigură pentru diagnosticul rapid al turbării. (Eine zuverlässige Methode zur schnellen Diagnose der Tollwut) de Ernst Herzog. Kl. Wschr. 1942 No. 34 pag. 749—752.

Pentru diagnosticul urgent al turbării în locul metodei de punere în evidență a corpusculilor Negri în cornul lui Ammon se indică o altă metodă, bazată pe un material de 27 cazuri de turbare la diferite animale și 5 cazuri la oameni, unde metoda s'a dovedit foarte bună.

Se prepară ganglionul nodos al vagusului, care poate fi găsit ușor, chiar dacă s'a trimis numi capul animalului și înafară

de aceasta este mult mai rezistent față de procesele autolitice decât sistemul nervos central.

Modificările în ganglionul nodos constau în procese celulare degenerative până la țigoliză și dispariția nucleilor. În afară de aceasta pot să survină infiltrate inflamatorii (ganglionită).

Prezentarea și evoluția reacțiunii Weil-Felix în timpul primelor 10 săptămâni de boală în tifusul exantematic. (Eintritt und Verlauf der Weil-Felix Reaktion während der ersten 10 Krankheitswochen beim Fleckvieber) de F. Schütz und Th. Messerschmidt. Kl. Wschr. 1942 No. 35 pag. 772-773.

În baza unei experiențe personale vaste autorii ajung la următoarele constatări:

Reacțiunea Weil-Felix este pozitivă în 30% a cazurilor în a 3-a zi de boală, în jumătatea cazurilor în a 4-a zi. În săptămâna 2-a, mai ales în a 3-a, este aproape constant pozitivă.

După o medie în ziua 3-4-a titrul este 1/100, în ziua 5-a 1/200.

Cel mai înalt titru este diferit la diferiți bolnavi, uneori s'a constatat valoarea maximală de 1/100.000.

Scăderea titrului se face de obicei cu oscilații și nu în mod regulat, pentru ce, nu există suficientă explicație.

În timpul de observație de aprox. 10 luni dela începutul bolii, reacția Weil-Felix a devenit negativă numai în cazuri foarte rare.

I. G.

Mortalitatea prin pneumonie a copiilor înainte și după introducerea sulfapiridinoterapiei (Die Pneumoniesterblichkeit im Kindersalter vor Sulfapyridintherapie) de A. F. Vilén. Kinderärztl. Praxis. Vol. 13, 1942. Nr. 8. pg. 197.

În spitalul de copii din Göttingen mortalitatea de pneumonie a scăzut mult după introducerea sulfapiridinei (I. XII. 1938), cu deosebire la copiii sub 1 an. A scăzut mult totodată și frecvența empiemului. Mortalitatea din primele 24 ore după primire a rămas neschimbată, de 4-5% (incl. cazurile de bronchită capilară). Cele mai multe cazuri de deces survin acum în primele 5 zile după primire, cât timp înainte muriau tot atât de mulți și după a cincia zi. Cele mai multe cazuri de deces sunt complicate cu alte boli grave. Mortalitatea cazurilor necomplicate de pneumonie e numai de 1,6% după introducerea sulfapiridinei.

Gh. P.

Pro și contra unei terapii cu sulfamide: R. Stachelin (Schweizer Med. Woch. 1942).

Autorul dă o privire generală asupra preparatelor sulfamidice, a acțiunii lor favorabile terapeutice și asupra fenomenelor secundare provocate de aceste preparate. Astăzi sunt utilizate: Prontosilul care acționează prin scindarea sulfamidelor în corp, Ulironul, Septazinul, preparatele combinate cu Pyridin cum sunt Eubasinul și Dagenanul, cât și Cibazolul combinație de sulfamid cu Thiazol. Un preparat mai recent este igramidul o combinație cu dimetilacril. Cercetările autorului se leagă mai ales de Cibazol. Sulfamidele acționează împotriva bacteriilor în sensul unei ter. pia sterilisans magna. În pneumonie unde după administrarea Cibazolului temperatura scade brusc în primele 6 ore autorul recomandă doza de 2 grame imediat și pe urmă câte 1 gram tot la 4 ore, în total în decurs de 7 zile 28 grame. În caz de intolerabilitate (vărsături) se va da intramuscular. În cazurile de empiem recomandă lavagiile cu soluție de cibazol. Autorul publică rezultate la fel de bune în cazurile de meningite (unde adm pe cale lombară nu este necesară putând duce la turburări grave din partea măduvei). O altă boală în care preparatul este foarte eficient putând obține vindecarea după o administrare de 24 ore, este blenoragia. După autor afară de aceste afecțiuni, sulfamidele sunt ineficace. Rezultate bune se mai obțin în afecțiunile streptococice (erizipel) prin administrarea Prontosilului. Totuși în endocardite sulfamidele sunt complet ineficace. În afecțiunile stafilococice dau uneori rezultate bune. Rezultate bune se obțin prin administrarea Cibazolului în

afecțiunile colibacilare, cistite și alte afecțiuni ale căilor urinare. În aplicarea locală se observă rezultate bune în impetigo contagios. La administrarea per os vărsăturile pot fi înlăturate cu bicarbonat de sodiu. Altă complicație constituie exantemul care uneori evoluează cu febră mare. La complicațiile grave aparține afectarea rinichilor cu anurie completă și uremie mortală. Sulfamidele nu pot fi date profilactic, ele ne acționând în doze mici.

Dr. Emil I. Bologa

*

PEDIATRIE

Poliomielita și condițiunile metereologice (Poliomyelitis and the meteorological environment) de W. Petersen-A. Maine, Acta Paediatrica Vol. 27. 1940. 353.

Între factorii condiționali de care depinde susceptibilitatea individuală față de poliomieliță, joacă un rol important starea metereologică. Perioada simptomatologiei prodromale adeseori este inițiată prin trecerea unui flux de aer rece; la fel și progresarea paraliziei. Și studiul statistic al cazurilor individuale și calculul statistic al progresării neepidemice și epidemice în Chicago și New-York, în anii 1916 și 1931 evidențiază această asociere.

V. M.

Malaria și sistemul nervos central la copii (Malaria und Zentralnervensystem im Kinderalter), de A. Eckstein. Annales Paediatr. Vol. 158. 1942, pag. 65.

Sunt studiate complicațiile nervoase, foarte serioase și variate ale malariei. Aceste complicații ating toate vârstele și survin în toate climatele. În regiunile cu malarie endemică par mai frecvente la copii ca la adulți, față de regiunile cu malarie sporadică unde toate vârstele sunt egal atinse. Dă următoarea clasificare: I. stadiul prodromal. (1. forma cefalgică); II. stadiul comatos (2. comă cu început insidios, 3. forma fudroiantă, 4. meningitică, 5. meningo-encefalică, 6. epileptică); III. alterațiuni cu evoluție mai mult sau mai puțin subacută. (7. forma nevritică, 8. emiplegică, 9. nevropatică, 10. psihoză). Ca simptom secundar, există în coma malarică sau în perioada prodromală o iperglicorahie, independentă de glicemie.

*

DERMATO-VENEROLOGIE

Doze mici de thaliu în alopecia areată: Halter (Derm. Woch. 1942, 2: 29).

Halter a administrat doze mici de acetat de thaliu (d. 6 tot a 2 zi o tabletă sau acetat de thaliu D. 10 zilnic o tabletă. Tratamentele are o durată de 2 luni). Aceste doze mici de thaliu au arătat în cazurile de alopecie areată o regenerare activată a părului. În cazurile de alopecii de natură hormonală (climacteriu) sau cele consecutive unei seboare rezultatele au fost negative. Prin iradiere concomitentă cu lampa de cuarz a locurilor alopecice acțiunea este intensificată.

Dr. Emil I. Bologa

Observațiuni în legătură cu terapia vitaminică a pruritului, leucoplakiei și kraurozei vulvare: Kuncz (O. K. 1942, 3).

Autorul descrie 25 cazuri (15 prurit, 4 leucoplakie, 6 krauroză) în care prin completarea dietetică sau prin administrare a deficitului vitaminic a obținut rezultate terapeutice cât se poate de îmbucurătoare. Deficitul în vitamine a fost pus în evidență prin metoda lui Dellamartna-Mester și s'a dovedit un deficit în vitamina A și în acid nicotinic (factorul PP). Autorul pretinde că fenomenele clinice dispar numai după completarea acestui deficit vitaminic. Diminuând starea de simpatotonie prin administrarea de chinină sulfurică, cantitatea de 5-7 mgr. de vitamină A a devenit suficientă pentru înlăturarea lipsei în vitamină. Preparatul administrat a fost Vogan-ul, timp de o lună 5-7 mgr. zilnic. Paralel

cu acestea a administrat tot zilnic 0.05 gr. chinină și injecții cu extract de ficat.

Dr. Emil I. Bologa

Despre un caz de gangrenă prin acid fenic a penisului: *L. Kucsko* (Wiener Klin. Woch. No. II, An. 54, pag. 226).

Autorul expune un caz de gangrenă a penisului survenită în urma unei încercări terapeutice de a vindeca un caz de inflamație primară a penisului. Din istoric reiese că bolnavul și-a aplicat numeroase comprese cu acid fenic diluat înainte de internarea în spital. După 8 zile prezentându-se o parafimoză trebuie să se interneze în spital.

Se incizează imediat prepuțul dar procesul necrotic progresa încontin, cuprinzând și glandul. Bolnavul consimte la amputarea penisului. Bolnavul sucombă sub semnele unei excitații meningeale acute. Autorul descrie apoi amănunțit rezultatele examenelor histologice. Raritatea acestui caz trebuie să ne reamintească acelor care aplicăm acidul fenic în terapie că acest acid este un puternic coagulant al protoplasmei și în același timp o otrăvă puternică a protoplasmei. Pe lângă acestea după cum a arătat Petri acidul fenic produce o stază prin paralizia circulației, care duce la o necroză secundară. Acțiunea dăunătoare este în funcție nu de concentrația acidului ci de durata aplicării. În cazul de față bolnavul își ținea compresele timp de câteva ore.

Dr. Emil I. Bologa

Contribuțiuni la psihoterapia în dermatologie: *Dr. H. Volkmann și Dr. W. Eissing* (Deutsch. Mil. Arzt H. 5, pag. 314—318. 1942).

În tratamentul verucelor au fost recomandate cele mai variate metode, printre care autorul amintește pe cele sugestive cum ar fi pensularea cu fuesină sau albastru de metilen. În ultimul timp a fost utilizată cu bune rezultate hipnoza. Tratamentul se efectuează odată pe săptămână și are o durată de 10 minute. De regulă 3—5 ședințe sunt suficiente. Hipnoza pare a-și exercita efectul prin influențarea sistemului circulator, probabil producându-se un spasm al vaselor și astfel o anemizare secundară a ve-

rucelor. Veruca își pierde astfel „posibilitățile de existență.” Rezultatele bune au fost confirmate prin fotografieri repetate.

Dr. Emil I. Bologa

Pielea sub influența razelor solare și a luminei: Doctor H. Koehler (Therapie der Gegenwart, Anul 83, V. 4, Pag. 138—143, 1942).

Lumina joacă pe lângă razele solare un rol foarte important. Acțiunea ei, în lunile de vară este la fel de puternică ca aceea a razelor solare, directe. În timpul iernei acțiunea ei este chiar mai accentuată decât aceea a razelor solare. Razele ultraviolete au o acțiune redusă în lunile Ianuarie și Februarie, crește în cursul lunii Martie atingându-și apogeul în cursul lunii Iunie. Din Iulie până în Decembrie descrește apoi progresiv. Acțiunea biologică a razelor ultraviolete se limitează asupra straturilor superficiale ale pielii și se exteriorizează prin eritem și pigmentație. De asemenea este excitată funcțiunea glandelor sudoripare și sebacee, precum și irigația pielii în general. În urma unei expuneri prea îndelungate se produce o mortificare celulară precedată de reacțiuni inflamatorii. O tuberculoză inactivă poate fi de asemenea agravată. Suferinzii de Basedow prezintă stări de colaps, iar cei cu ulcere gastrice acuză o accentuare a durerilor. O hipersensibilitate față de razele ultraviolete duce la afecțiuni prin lumină ale pielii cum ar fi: eczema prin lumină, Hidroa vaccini-formă, prurigo estival și urticaria solară. O sensibilizare poate fi obținută în mod exogen prin oleuri eterice, substanțe gudronoase precum și endogen (per oral) prin barbiturice și substanțe colorante acridinice, prin deficit în vitamina B₂ sub forma pelagrei etc. O sensibilitate mare față de razele luminoase se poate observa la Basedowieni în timpul menstruației și gravidității. Probabil au un rol fotosensibilizator catalizatorii fluorescenți (porfirinele, carotinoidele, melanina) care dau puțină de acțiune și acelor raze care în mod normal nu au o acțiune dăunătoare pentru celule. În toate aceste cazuri amintite autorul recomandă unguentele fotoprotectoare (recenzate într'un număr trecut).

Dr. Emil I. Bologa

Note și informațiuni

Deschiderea concursului de externat în medicină. Deschiderea concursului de externat în medicină a avut loc în ziua de 3 Decembrie 1942, în Amfiteatrul Clinicii Ginecologice și Obstetricale din Sibiu.

La această deschidere erau de față d-nii: Prof. Dr. V. Papilian, decanul Facultății de medicină, Dr. Ioan Sturza, medicul șef al Municipiului Sibiu, în numele Ministerului M. S. O. S., Prof. Dr. Emil Țeposu, președintele comisiei examinatoare, Dr. Păunescu Maxim, medic secundar și Dr. Dăncilă Stefan, medic secundar, membrii al comisiei examinatoare.

D-l Prof. Dr. V. Papilian, prezidând ședința de deschidere, a arătat candidaților la externat importanța acestui concurs din toate punctele de vedere. Mai întâi externatul stabilește o punte de trecere între cunoștințele teoretice ale studenților și cele practice. Externatul prezintă studenților ocazia permanentă de a vedea dragostea, râvna, devotamentul și pasiunea profesorilor și

maestrilor în clinică, pe care o practică fără odihnă pentru înlăturarea durerii bolnavilor, acesta dând un viu indemn și exemplu în viață. Pe lângă profitul mare de cunoștințe teoretice și practice pe care-l pot câștiga externii urmărind activitatea profesorilor, își pot verifica și aplica cunoștințele teoretice dobândite, și-și pot totodată desvolta simțul răspunderii prin încredințarea bolnavilor.

Pe de altă parte studenții fac cunoștință cu concursul care este chela valorificării și a succesului în viață.

Arătând grija cea mare ce o poartă Domnul Ministru al Sănătății Dr. P. Tomescu studenților în medicină, dându-le prin concursul posibilitatea să-și valideze cunoștințele câștigate în anii de studii, Domnia Sa încheie exprimându-și nădejdea că tradiția mândră, demnă și studioasă a studentului Clujan va fi și de astădată verificată și urează tuturor candidaților bună reușită.

La cuvântul apol d-l Dr. Ioan Sturza, care mulțumește d-lui Decan pentru prea frumoasele cuvinte de îndemn adresate candidaților, arată apol grija Domnului Ministru față de aceste concursuri. D-sa menționează că pentru 25 locuri de externi s'au înscris 69 candidați, număr foarte frumos. Se face apol apelul nominal al celor înscrși și se constată că sunt prezenți 43 candidați. Ca încheiere urează candidaților cât mai mult succes.

Ședința se încheie prin cuvintele d-lui Profesor Dr. Emil Țeposu, președintele concursului, care arată bucuria de a fi pentru a doua oară președintele acestei comisii, subliniind importanța concursului și avantajile lui.

Domnia Sa arată cum prin concursuri s'au selecționat adevăratele valori, amintind frumoasele exemple ale Prof. Toma Ionescu și Prof. Iacobovici.

Incepând cu externatul studenții pot face cunoștință cu îndemnul lăuntric ce se cheamă pornire de a ști tot mai mult și pentru a urca treptat, prin proprii puteri și demne eforturi toate scările ierarhice medicale. Urându-le tuturor succes, ședința se ridică în aplauzele neincetate ale candidaților.

Concursul de Internat în medicină. În ziua de 10 Decembrie 1942, a avut loc în Amfiteatrul Clinicilor Universitare Cluj-Sibiu, deschiderea concursului de Internat în medicină pentru locurile vacante la Clinicile și spitalele din Sibiu.

Solemnitatea deschiderii s'a desfășurat în prezența d-lui Decan al Facultății de Medicină Cluj-Sibiu, Prof. Dr. Victor Papilian, a d-lui Dr. Ioan Cosma, Inspector general sanitar Sibiu și a jurlului examinator format din d-nii: Prof. Dr. Coriolan Tătaru, președinte, Prof. Dr. Gh. Buzolanu, președinte supleant, Conf. Dr. Ioan Gavrilă și Dr. Cornel Manta, membrii și Dr. Aurel Moga și Dr. Cornel Lungu, membrii supleanți, precum și a studentelor și studenților candidați la acest concurs.

D-l Prof. Dr. Victor Papilian, Decan al Facultății de Medicină din Cluj-Sibiu, deschizând concursul în numele d-lui Ministru al Sănătății și Ocrot. Sociale Prof. Dr. Petre Tomescu, arată importanța acestei instituții în pregătirea viitorilor medici. Internatul, spune D-sa, constituie un stagiu ce dă posibilitatea unei pregătiri serioase și științifice, prin munca grea ce o impune și răspunderea mare formând adevărata pregătire profesională a medicului. D-sa relevă în același timp importanța internatului pentru organizarea și buna funcționare a spitalelor. În încheiere d-l Decan adresându-se candidaților le spune că dorește ca aceste concursuri să stârnească o emulație între studenți și nici decum invidie, urându-le succesul pe care-l merită pregătirea și munca lor.

D-l Dr. Ioan Cosma, Inspector general sanitar, luând apol cuvântul a spus că dorința d-lui Ministru

al Sănătății este ca organizația sanitară să dispună de personal medical foarte bine pregătit. În acest scop a fost înființată instituția externatului și internatului care dau posibilitatea studenților în medicină să-și desvârșească pregătirea medicală. Acest stagiul imperios necesar în formația oricărui medic prin contactul permanent cu patul bolnavului, a fost în special în vremurile de astăzi de un real folos, pentru îngrijirea continuă a bolnavilor chiar în lipsa personalului medical chemat în altă parte la datorie.

D-l Inspector general sanitar arată apol că la concursul publicat pentru completarea celor 10 posturi vacante la Sibiu au fost admiși 31 candidați, cărora le urează mult succes.

D-l Prof. Dr. C. Tătaru, președintele jurlului examinator își arată mulțumirea pentru reușita introducerii externatului și internatului și la Clinicile Universitare din Cluj-Sibiu, instituție preconizată încă dela funcționarea lor la Cluj și înființată abia acum la Sibiu în fapturile ce se datorează d-lui Ministru al Sănătății Prof. Dr. P. Tomescu.

La apelul nominal se constată prezența a 25 de candidați, cărora le urează mult succes.

Decrete, Deciziuni

— În Monitorul Oficial din 12 Dec. 1942, s'a fixat data examenului de clasificare a farmaciștilor pentru ocuparea concesiilor vacante de farmaci, pentru Vineri, 15 Ianuarie 1943, ora 9 a. m., la Ministerul Sănătății, Calea Plevnei Nr. 19.

Condițiunile de înscriere și admitere la examen sunt cele publicate în Monitorul Oficial Nr. 271, partea I-a din 14 Nov. 1941 și Monitorul Oficial Nr. 269, partea I-a din 13 Decembrie 1941.

Numărul concesiilor de farmaci urbane și rurale vacante este de 395 (vezi Mon. Of. Nr. 293 din 14 Decembrie 1942, pag. 10.849).

— Prin Deciziunea Ministerului Culturii Naționale și al Cultelor Nr. 223 din 23 Oct. 1942, d-l Dr. Emil Crăciun, medic școlar al Liceului teoretic „Gh. Lazăr” Sibiu, a fost delegat pe ziua de 1 Noiembrie 1942, ca medic Inspector cu atribuția de a controla activitatea medicilor școlari dela școlile secundare și politehnicele școlare din țară.

D-l Dr. Virgil Stanclu, medic al Liceului Industrial din Sibiu, a fost delegat pe același dată a îndeplini funcțiunea de medic școlar al Liceului teoretic „Gh. Lazăr” din Sibiu.

— Prin Decizia Min. Sănătății Nr. 67.408 din 24 Octombrie 1942, d-l Drăgan Nerva, medic primar al dispensarului dentistic din Timișoara, se pune definitiv în retragere, pe ziua de 1 Ianuarie 1943, pentru limită de vârstă.

— Prin Jurnalul Consiliului de Miniștri Nr. 1149, din ședința din 11 Noembrie 1942 (publ. în Mon. Of. Nr. 269 din 16 Nov. 1942), se cedează medicilor de circumscripții sanitare rurale folosința loturilor pe care organele Ministerului Agriculturii și Domeniilor le-au destinat acestor circumscripții din terenurile expropriate conform art. 111 din legea pentru reforma agrară din 1921 și art. 210 din regulamentul acestei legi.

Pe aceste loturi se vor cultiva legume, precum și nutrețul necesar caltor de care medicii circumscripțiilor sanitare rurale au nevoie pentru transportul lor.

— Prin deciziunea D-lui Ministru al Sănătății cu Nr. 73.855, din 11 Noembrie 1942, publicată în Mon. Oficial Nr. 269 din 16 Noembrie 1942, se înființează un subcentru antitrahic pe lângă Laboratorul regional de Igienă Cluj-Sighișoara, sub conducerea d-lui Dr. Culcer Alexandru, medicul șef al acelui laborator, care va lucra în condițiunile fixate pentru celelalte subcentre antitrahice din țară.

Spitalizarea bolnavilor veniți din provincie se va face la Spitalul de Stat din Sighișoara.

Subcentrul va deservi județele Târnava-Mare și Târnava-Mică.

— Prin Deciziunea Ministerului Culturii Naționale Nr. 249.045 din 1942, d-l Dr. Cornel Meștanu, preparator la Clinica II medicală dela Facultatea de Medicină Sibiu, a fost numit, pe data de 1 Decembrie 1942, asistent cu titlu provizoriu la aceeași clinică pe baza concursului trecut și în conformitate cu dispozițiunile art. 72 și 73 din legea învățământului superior.

— În Monitorul Oficial Nr. 279 din 27 Noembrie 1942, s'a publicat Decretul-lege pentru asimilarea în grade militare a medicilor, veterinarilor, farmaciștilor și chimistilor.

— Prin Decizia Ministerului Sănătății Nr. 28.986 din 30 Oct. 1942, d-l Dr. Atanasescu Petru, avansat Inspector general medic cl. I prin L. D. Regal Nr. 4496 din 22 Decembrie 1938, se confirmă și se încadrează Inspector General Sanitar pe data de 1 Octombrie 1942.

— Prin Decretul Conducătorului Statului Nr. 3450 din 26 Noembrie 1942, publicat în Monitorul Oficial Nr. 282 din 1 Decembrie 1942, s'a făcut următoarea mișcare în personalul medical din serviciile pendinte de Min. Sănătății:

D-l Dr. Ioan Bălceanu, profesor titular al catedrei de clinică a boalelor contagioase la Facultatea de Medicină București, se confirmă definitiv medic primar director al Clinicii de boli contagioase dela spitalul Colentina.

D-l Dr. Al. Cosăcescu, profesor titular al catedrei de clinică chirurgicală și ortopedică la Facultatea de

Medicină București, se confirmă definitiv medic primar al Clinicii Chirurgicale și ortopedice dela spitalul de copii.

D-l Dr. Costinescu Nicolae se confirmă medic primar al Serviciului otorinolaringologic de pe lângă Spitalul Central al Epitropiei generale a Spitalului „Sf. Spiridon” Iași.

D-l Dr. Gh. Marinescu, agregat la Clinica urologică a Facultății de medicină București și medic primar definitiv la serviciul de consultații chirurgicale la Spitalul Colțea, se transferă definitiv din acest din urmă post, ca medic primar al serviciului de urologie dela Spitalul Central „Prof. Dr. I. Cantacuzino” București.

D-l Dr. Vidrașcu Constantin, medic primar definitiv în specialitatea TBC. la Casa Națională a Asigurărilor Sociale București, se transferă definitiv în postul de medic primar al Sanatorului TBC., Marila, jud. Caraș.

D-l Dr. Porumbaru Eugen se numește definitiv în postul de medic primar al secției de chirurgie dela Spitalul Râmnicul-Sărat, în baza examenului de clasificare.

D-l Dr. Perciun Nicolae, renunțând la transferarea de medic șef al orașului Glurgiu, rămâne mai departe medic definitiv al circ. Tg.-Cărbunești, jud. Gorj.

D-ra Dr. Stănescu Maria, medic stagiar al circ. Sita Buzăului, jud. Brașov, se transferă în aceeași calitate la circ. Tîntea, jud. Prahova.

D-na Dr. Pătrășcanu Cornelia, medic definitiv la circ. Stelian Popescu, jud. Prahova, se transferă în aceeași calitate la circ. Brănești, jud. Ilfov.

D-l Dr. Simion Iultu, medic primar chirurg la Spitalul Sănnicolaul-Mare, jud. Timiș, se pune în retragere din oficiu pentru exercitarea drepturilor la pensie.

D-l Dr. Tatu Ioan, medic definitiv de circumscripție la dispoziția Ministerului, repartizat la circ. Tvardița, jud. Tighina, se încadrează definitiv ca medic al acestei circumscripții.

— Prin decizia Min. Sănătății Nr. 81.578 din 7 Decembrie 1942, publicată în Monitorul Oficial Nr. 292 din 12 Decembrie 1942, insulina sub orice formă s'ar găsi, se blochează la reprezentanțe, laboratorii, depozite și farmaci. Reprezentanțele, laboratorile și depozitele sunt obligate a livra insulina farmaciilor, iar farmaciile publicului.

Cel de mai sus sunt obligați ca în termen de 5 zile dela publicarea deciziei, să anunțe Direcția Farmaciilor din Min. Sănătății, cantitățile de care dispun.

Farmaciile nu vor putea elibera insulina decât pe bază de ordonanțe medicale, care le vor servi spre justificare.

— În Monitorul Oficial Nr. 284 din 3 Dec. 1942, s'au publicat vacante următoarele posturi:

Medic primar al serviciului de consultații medicale și vaccinări antitrahice dela Spitalul de boli interne din Ploiești. Medic de circumscripție Argetoala, jud. Dolj. Medic de circumscripție Ghilad, jud. Timiș.

Cererile pentru transferare sau numire se vor înalta Ministerului în termen de 20 zile dela publicare.

— In Monitorul Oficial Nr. 290 din 10 Dec. 1942, s'au publicat vacante următoarele posturi:

Medic de circ. urbană Giurgiu. Medic al spita-

lului mixt Orșova, jud. Caraș. Medic al circ. rurale Decea, jud. Alba. Medic al circ. rurale Feleacu, jud. Cluj-Turda. Medic al circ. rurale Cincu, jud. Făgăraș.

Cererile pentru numire sau transferare se vor înalta Ministerului în termen de 20 zile dela publicare.

Necrolog

† Medic Căpitan Dr. Teofil Simon

15 August 1903—23 August 1942

Urmașii cătanelor negre ale vestitelor batalioane născudene înscriu, cu generosul lor sânge, noi pagini de glorie și eroism. Comandanți și luptători, aflați în rândurile armatelor noastre dela răsărit, probează acum, ca altădată străbunii lor, în fața lui Napoleon, la Arcole, acea „virtus romana reditviva”. Exemple de bărbăție, curaj și abnegație jertfesc fără șovăire, pe altarul patriei, sufletele lor viteze, încredințați că supremul lor sacrificiu va ajuta să se smulgă și zăbranicul ce acopere colțul lor de țară românească înstrăinat. Iar în timp ce sângele lor se varsă neprecupețit și ultima lor lacrimă udă pământ străin, pe buza lor mângâiată de pământ și sânge înflorește zămbetul împăcat al datoriei împlinite.

Printre eroii grăniceri născudeni din războiul de răsărit, figura frumoasă a Doctorului Teofil Simon se ridică dominantă. Născut la Ragla-Născud, satul care a dat atâtă intelectuală de seamă și rămas orfan de tânăr, găsește o părintească dragoste în casa unchiului său, profesor la liceul grăniceresc, unde își ia bacalaureatul. Apoi intră, prin concurs, în Institutul Medicomilitar și se înscrie la Facultatea de Medicină din Cluj, de unde se mută la București, odată cu desființarea secției clujene a Institutului. După absolvirea facultății, este repartizat ca medic al unui regiment din Ismail, unde își câștigă dragostea soldaților, simpatia camarazilor și prețuirea șefilor. Devotamentul și conștiințiozitatea cu care își îngrijește ostașii, bunătatea și purtarea sa aleasă sunt repede cunoscute în oraș și bolnavii civili nu întârzie să apeleze, tot mai numeroși, la ajutorul său. Dragostea pentru colțul de țară unde a văzut pentru prima oară lumina zilei îl face însă să părăsească frumoasa situație la care a ajuns la Ismail și, în 1938, după o lipsă de mai bine de 15 ani, se reîntoarce pe platurile graniței născudene, nu departe de satul său natal, ca medic al unui batalion de vânători de munte, în Bistrița. În scurtul timp — abia doi ani — cât rămâne acolo reușește să se afirme ca un foarte bun medic practicant. Interesantele cazuri pe care le trimite, pentru examinări suplimentare, la Clinicile Universității clujene fac dovada spiritului său fin de observație și clare sale judecăți medicale.

Vinerea neagră a Ardealului și a Țării sale îl află, cu unitatea sa, pe granița maramureșană. Cât a trudit și prin câte greutăți a trecut sărmanul copil de ieri să-și ajungă visul; doftorul iubit al platurilor sale și cum s'a spulberat visul dintr'un condei!

Refugiat la Atud, se frământă, căutând zadarnic o mângăiere. Munții Rodnei, al Bistriței și al Bărgăului, care-l păstrau pașii copilăriei sale și pe care l-a cucerat volos cu vânătorii săi în miez de vară și pe gerul cumplit al iernii; polenile și păraelele cu apă de cristal; livezile de pomi și holdele aurite; talanga turmelor de oi și cântecul dulos de fluter; dangățul clopotelor bisericilor — mărețe catedrale, — sglobulul tîngling al clopoțelului școlilor făcute din jertfa de sânge a străbunilor; malestuoasa privire a bătrânilor și semeția flăcăilor și toată ambianța aceea purtând pecetea celei mai pure expresiuni a neamului său îl obsedau necontenit.

Și cătana neagră s'a trezit în el... Cu toate virtuțile războinice ale străbunilor. Cu toată priceperea și dragostea sa de doctor pentru suferinzi. Astfel, comandant, oștean și doctor s'a avântat din primele lupte, din Iunie 1941, la Mihaleni Bucovinei, până la Marea de Azov și Berezowska. Acolo a fost, unde greul era mai mare, acolo unde moartea era mai grozavă, scăpând din ghiarele ei sute de vieți și dând prin curajul și abnegația sa, cea mai impresionantă pildă. Pentru deosebitele sale merite i s'a conferit ordinul Coroana Românelor cu spade și panglică de Virtute Militară.

Aproape fără pic de răgaz, luptele au continuat înainte spre răsărit. Au ajuns departe în Caucaz. Încleștarea cu vrășmașul e tot mai aprigă. Șerpulțorul curs al râului Baksan e apărat cu disperare. Totuși trebuie trecut. Răniții sunt mulți, dar se adună cu greu. Terenul e descoperit, fără posibilități de camuflare și atunci Doctorul Simon, nevrând să știe de pericol, se târește dela rânit la rânit, pentru a le face pansamentele salvatoare. Către amlazi e rânit și el. Se pansează singur. Apoi continuă să panseze pe alții. Ziua încă mai lumina din plin, când dintr'o groapă de pe marginea apelor se auziră plânsetele de durere ale unui nou

rănit. Toți îl îndeamnă pe doctor să nu iasă din groapă până nu va însera. Dar, în gândul său, el se întreabă mereu dacă nu s'ar putea totuși să salveze pe rănit fără a cădea singur victimă. Acea înfirmă șansă o scontează el și, neținând seama de propria sa rană, se îndreaptă, prin ploaia de gloanțe, spre malul apelor. După movișta de pământ, pansamentul s'a înfășurat cu pricepere și glogășle. Rănitul nu mai geme. Se îndreaptă încet, târâș, înapoi, la adăpost. De abia acum, când și-a împlinit datoria, își dă doctorul seama cât e de obosit, cum îl doare propria-i rană. Totuși, trebuie să se întoarcă. Acum chiar, cât bătaia gloanțelor pare că a mai încetat. Dar de abia a început târâșul și snopul mitralierelor care au pândit viclean așa o pradă, îl lo-

vește în plin. Acolo a murit, pe malul apelor, cu zâmbetul împăcat al datoriei împlinite fluturându-l pe buza mâinilor de pământ și sânge.

Nemângălatul soț, ideală tovarășe de viață, odată cu adânc simțite condoleanțe, îl exprimăm înalta prețuire a pilduitoarei jertfe din partea întreg corpului medical.

Colțul său drag de țară are acum, sub crucea albă de lemn dela Malka, încă un erou al desrobirii sale. Iar grănițerii născuții pot fi mândri că încă unul dintre ei s'a propus acordarea celui mai înalt semn de recunoștință din partea patriei: cruculița albastră a ordinului Mihail Viteazul.

Dr. Al. Ciplea

† Ludwig Aschoff

1866-1942

În luna Iunie din anul acesta s'a stins din viață la Freiburg în Breisgau, cel mai proeminent anatomo-patologist al timpurilor noastre. Valorile spirituale sunt greu de clasificat, cât și de măsurat, însă în cazul de față personalitatea defunctului era pretutindeni și de mult considerată ca dominantă. Moartea l-a găsit onorariu la Freiburg, acolo unde continua să lucreze mai departe, în timpul acesta mai mult în domeniul Istoriei medicale, în care intrase de mulți ani el însuși, înscris cu o pagină luminoasă. Născut la 1866, profesor titular la Marburg în 1903 iar din 1906 la Freiburg în Breisgau în locul lui E. Ziegler, unde rămâne 36 ani până în această primăvară, când după chinurile unui astm de mult manifestat, sfârșește viața după o activitate de peste o jumătate de secol în serviciul medicinei! Numele său este cunoscut cercurilor largi medicale prin tratatul său clasic astăzi și cel mai bun din toată lumea în materia Anatomiei patologice, ajuns la ediția 7-a, a apărut acum circa 30 de ani, cu colaborarea unui număr din cel mai distinși patolog germani. Aschoff este un descendent direct al lui Virchow, fiind elevul a doi din cei mai direcți elevi ai marelui patolog german, v. Recklinghausen și Joh. Orth, succesorul lui Virchow la catedra și Institutul de Anat. Pat. din Berlin; la acesta din urmă pe timpul cât era la Universitatea din Göttingen, și-a făcut Aschoff ucenicia timp de 10 ani, trecând de aici ca ordinarius la Marburg în locul lui Marchand. Aschoff este un continuator al Patologiei celulare, îndreptând însă spiritul ei mult mai adânc către fiziologia patologică și experimentală. El nu este un revoluționar în patologice, ci un desăvârșitor al edificiului ridicat de Virchow și echiplă lui, iar prin spiritul lui inventiv știind să ducă investigația morfologică în brazda

problemelor fiziologice, acolo unde se părea că morfologia nu mai poate da nicio lămurire valabilă în explicarea fenomenului clinic, funcțional. Din acest spirit a ieșit lucrările lui asupra ulcerului stomacal, a apendicitei și a sistemului de conducere a iritației nervoase a fascicoului lui Hiss, ca și sistemul reticulo-endotelial. Era un mare animator, un mare șef de școală. Am avut fericirea scurtă de a cunoaște acest furnicar de cercetători din toată lumea, în număr de zeci de persoane în niște încăperi foarte modeste în o clădire veche unde și podul mansardat adăpostea o parte din lucrătorii științifici, care nu mai aveau loc în sălile puține din primul sau din al doilea etaj. Fiecare mosafir, avea tema lui discutată și stabilită, iar odată pe săptămână se discuteau rezultatele și ideile sugerate de cercetările făcute. Erau atunci între alții Mac Nee, Lepehne, Landau și Anitschkoff, era timpul arteriosclerozei prin injecții de colesterol la iepure, cu Anitschkoff și cercetările asupra secreției pigmentului biliar cu Mac Nee. Tot în această clasă este și stabilirea grupelor de calculi biliari: inflamatori și neinflamatori precum și structura lor chimică (cu Backmeister). Nodulii reumatice în reumatism au deschis o eră nouă în studiul acestei boale, de care toți vorbeau și nimeni nu o cunoștea. Astăzi această boală are o bază anatomo-patologică granulară, care o caracterizează bine, trecând din epoca informă a stărilor reumatice, fără substrat anatomo-patologic. Din studiile lui mai vechi sunt cele asupra mecanismului trombului, asupra rolului dispoziției acinului alveolelor pulmonare, în aspectul tuberculozei pulmonare, studiile asupra salpingelor cât și al emboliilor cu celule mari sințiale în vasele pulmonare, precum și studiul sistematic histologic prin microfotografii (Gaylord) sunt bine cunoscute, prin manualul apărut.

Neobosit profesor și cercetător, cu un caracter puternic și o voință de neînvins, a cutreerat lumea după războiul trecut, făcând conferințe în Japonia și Statele Unite pe lângă toate țările Europei, pentru răspândirea genului german și pentru câștigarea de simpatii prin personalitatea lui, pentru poporul german învins în acest războiu și scos dintre cercurile științifice ale învingătorilor.

O operă importantă este crearea Serviciilor de prosectură de campanie, în care a lucrat el singur venind în timpul războiului trecut la București, avându-și Prosectura la Institutul Medicolegal. A recoltat un material patologic de războiu imens, din care de 25 ani apar lucrări de valoare și interesante prin faptul că este un material unic, care nu se întâlnește decât în războiu și în anumite locuri, cu particularitățile lor, cu care rar se mai poate întâlni patologia zecii și sute de ani.

Soț excelent, bun părinte, camarad cu colabora-

torii lui, mereu în mijlocul lor mergând împreună Duminecile în Pădurea Neagră, cu o voință bună și o plăcere de turist consumat, din când în când deschizând ușile chiar a căminului său pentru toți cei ce lucrează cu el. Rămâne după el o moștenire mare de fapte nouă care deschid orizonturi mari celor ce-l urmează pe drumul însemnat de el. În România lasă puținii elevi direcți, însă a avut mulți din cei care îl cunosc cercetările și au fost îndrumați de spiritul său științific, modelându-se după el. Institutul de Anatomie Patologică din Freiburg, poartă astăzi numirea de Casa lui Ludwig Aschoff.

Marea lui înrăurire pe care a avut-o întreaga personalitate a lui Aschoff, asupra evoluției patologiei în secolul prezent ne face să spunem că El a însemnat pentru medicina secolului XX, ceea ce a fost Virchow pentru secolul XIX.

Prof. Titu Vasiliu

Comemorare

Fr. Agostino Gemelli O. F. M. (Presid. della Accad. Pontificia Accad. delle Scienze): Adriano Carlo Maria Noyons (1878—1941). Commemorazione letta nella tornata Accad. 6 VI. 1942. [Pontificia Academia Scientiarum Acta. An. VI, Vol. VI, Nr. 22, 1942, pag. 194—207, cu o fotogr. a defunctului.]

Prea cunoscutul savant italian prof. *Dr. Ag. Gemelli* publică o biografie foarte simplă și foarte documentată a lui *A. C. M. Noyons*, fiziolog catolic prea bine cunoscut prin metodele sale originale tehnice și cercetări minuțioase, prin care a contribuit mult la progresul fiziologiei.

Născut la *Utrecht* la 7 II. 1875. A moștenit de la tatăl său spiritul științific. În 1906 laureat al Fac. de Medicină. Apoi asistent al fiziologului *Zwaardemaker*. În 1909 docent al catedrei de fiziologie de la Universitatea din *Utrecht*. În 1912 profesor la Universitatea din *Louvain*, unde înființează un laborator de fiziologie

admirați de toți învățații care l-au vizitat. În 1928 succesorul profesorului *Zwaardemaker*. A făcut multe călătorii de studii în Europa și India. Din bogata bibliografie publicată de *Gemelli* și care cuprinde peste 110 titluri (singur și în colaborare) aflăm că *Noyons* s'a ocupat cu fiziologia inimii, circulației sângelui, metabolismului, calorimetriei, alcoolism etc. Are și un aparat original de calorimetrie diferențială (un diaferometru termic). Lucrările sale de fiziologie sunt foarte mult apreciate de învățații străini.

A fost membru al Academiei pontificale, ales fiind de Papa Pius XI, doctor honoris causa al Universității din *Gand*, medalia *Palfijn* al Asoc. flamandă pentru progresul medicinei, membru al Acad. regale belgiene și flamandă.

A murit acum un an, făcându-și datoria către Știință, Credință și Patrie, ca un adevărat iovățat catolic.

Dr. Od. Apostol

Bibliografie

din sumarul revistelor streine primite la redacție

Deutsche Medizinische Wochenschrift, Nr. 40 vom 2. Oktober 1942.

Die Klinik der Epilepsie, ihre Differentialdiagnose und therapeutische Möglichkeiten: Crinis.

Chirurgische Behandlung von infizierten Kniegelenksschüssen: Traube

Ein neurologischer Beitrag zum Krankheitsbilde des Fleckfiebers: Wensch

Die Wirkung und die Anwendung der Sulfamide: Vonkennel.

Über einen Fall von Boeckscher Krankheit: Nonnenbruch und Schubert

Nr. 41 vom 9. Oktober 1942.

Der gegenwärtige Stand der Bekämpfung der weiblichen Unfruchtbarkeit: Schultze.

Der Einfluss grosser Dosen des Follikelhormons auf die Milchsekretion normal stillender Wöchnerinnen: Manstein.

Die Klinik der Epilepsie, ihre Differentialdiagnose und therapeutische Möglichkeiten: de Crinis.

Pentru expectorație

*în tuse, răgușeală, uscăciune
în gură și faringită uscată*



Tabletele MUCIDAN

expectorant „natural”, conțin ca component activ, pe lângă desinfectantul Hexametilentetramină, factorul fiziologic „RHODAN”, de o acțiune secretolitică enormă, și încă saponinul din liquirița, cu efectul expectorant caracteristic. Forma de tablete acestui expectorant este în deosebi potrivită, mai ales pentru tratamentul cazurilor ambulante. Ambalaje originale: Flac. cu 25 și 100 tablete

Tabletele - MUCIDAN

„Rhenania“

SECȚIA FARMACEUTICĂ A KALI-CHEMIE S. A., BERLIN
DEP. PHARMAC S. A., BRAȘOV

MAGNESIUM MANDELAT «ASTA»

(granule solubile în intestinul subțire)
pentru terapia specifică în

Coli-infecțiuni
ale

Căilor urinare

★

Absolut netoxic

Foarte economic

(durată scurtă de tratament)



ASTA AKTIENGESELLSCHAFT CHEM. FABRIK BRACKWEDE

Literatură și eșantioane vă stau
cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R. ★ Strada Sf. Ionică No. 8 ★ BUCUREȘTI



SIROP DE EPHETONINĂ

Acțiune excelentă expectorantă și
calmantă în tuse, tuse convulsivă
și bronșită.

Flacoane cu aprox. 100 și 170 gr.

DARMSTADT — FABRICĂ DE PRODUSE CHIMICE — FONDATĂ 1827

Reprezentanța generală :

CHIMIROMAN, București I. Str. T. G. Masaryk Nr. 32

Nr. 42 vom 16. Oktober 1942.

Die Prognose der Leukämien : Henning.

Experimentelle Ergebnisse zur Klinik und Therapie der Malaria : Kikuth.

Der gegenwärtige Stand der Bekämpfung der weiblichen Unfruchtbarkeit : Schultze.

Zur Diagnostik der Poliomyelitis acuta : Weyer.

Behandlung des Asthma bronchiale mit Follikelhormon : Zimmermann.

Nr. 43 vom 23. Oktober 1942.

Zur Behandlung des Gebärmutterhalskrebses : Knaus.

Über den Wechsel von Fett- und Magersucht als Ausdruck dienzephal-hypophysärer Regulationsstörungen : Nonnebruch und Feuchtinger.

Ambulante Ulcusbehandlung mit Progynon per os : Branscheid.

Die Behandlung von Phlegmonen und Abszessen nach infizierten Schussbrüchen der unteren Gliedmassen : Wustmann.

Frühzeitige objektive Prognosenstellung bei Typhus exanthematicus mit Hilfe des Weltmannschen Koagulationsbandes : Trautmann.

Nr. 44 vom 30. Oktober 1942.

Über die therapeutische Anwendung von Keimdrüsenhormonen bei Herzbeschwerden (Angina Pectoris) und Erkrankungen des Herzmuskels : Westphal und Kirchner.

Ulkus und Gastritisbehandlung mit Sexualhormonen : Gültow.

Sensibilisierung der Haut durch Sulfonamide : Pfeiffer.

Wiener Medizinische Wochenschrift, Nr. 41 vom 10. Oktober 1942.

Aufgaben der Badeklimaforschung : W. Kosmath.

Zur Toleranz des graviden Uterus nach ausgedehnten Eingriffen am Gallensystem : W. Lazarevic.

Erfahrungen mit den ersten Lufttransporten : G. v. Wendt-Helsingfors.

Nr. 43 vom 24. Oktober 1942.

Über die Spätfolgen der Gehirnverletzungen : W. Lindenberg.

Depersonalisation als Folge dreifacher Vergiftung mit Kohlenoxid : Lad-Riedel.

Nr. 44 vom 31. Oktober 1942.

Eine neue Behandlung der Kopfschmerzen : V. Papillian und A. Nana.

Die Behandlung der angeborenen Hüftgelenksverrenkung in der Pressburger orthopädischen Klinik und die statisch-klinische Wertung der Behandlungsergebnisse aus dem Zeitraum 1922—1941 : J. Cervenansky.

Betrachtungen über die künstlich hervorgerufenen Geburtswunden : N. Gheorghiu.

Dibromtyrosin als Behandlungsmittel bei der Hyperthyreose : M. Milcu und M. Gitis.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift, Nr. 41 vom 10. Oktober 1942.

Influenzartige Epidemie mit gehäuften Lungeninfiltraten (Virus-pneumonien) in einem Füs. Bat. : E. Haemig und Hptm. W. Heyden.

Über die Prophylaxe der Hypoprothrombinaemie der Neugeborenen mit Vitamin K : O. Ballon.

Die Eisenmedikation mit Farro-Redoxon-Roche : L. Feil.

Une manifestation peu fréquente de la maladie rhumatismale : la nodosité de Meynet : R. Junet et P. Alphonse.

Otologische Untersuchung einer Mot. Ik. Kp. : Lt. Vetter.

Nr. 42 vom 17. Oktober 1942.

Über Ekzem und ekzemartige Dermatitis : W. Lutz.

Die Leistungsfähigkeit des extrapleurales Pneumothorax : M. Arnold.

Was lehrt uns die Bilharzia-Zirrhose in Bezug auf die Probleme der Leber-Zirrhose ? : R. Jaffé.

Der Laktoflavinstoffwechsel in zwei Fällen von generalisiertem Ekzem bei vorwiegender Behandlung mit Rohkost : A. F. Kunz.

Über Wirkungswechsel : H. Oettel.

A propos de quelques Dermatoses traitées par les Produits Fissan : R. Paillard.

Diphtherie und Scharlachbekämpfung in Anstalten : W. Hoffmann.

Nr. 43 vom 24. Oktober 1942.

Die Nebenwirkungen der Digitalisglykoside als Überempfindlichkeitsercheinungen : E. Edens.

Behandlung der Angina pectoris : M. Hochrein.

Die medizinische Behandlung der Ulkuskrankheit und ihre Komplikationen : E. Meulengracht.

Über besondere Formen der salzfreien Kost in der Behandlung der Diarrhöen : H. Salomon.

Beobachtungen bei der freien Ernährung der Säuglinge an der Brust : A. Eckstein u. E. Eckstein-Schlossmann.

Pharmakologie des Entwicklungsalters, das neue Arbeitsgebiet zwischen Pharmakologie und Kinderheilkunde : J. Kramar.

Das Wesen der krebsigen Umwandlung der Zelle und die Ausblicke einer biologischen Kerbstherapie : P. Rondoni.

Über „Präcancerosen“ und Probeexzision : S. Oberndorfer.

Quelques applications chirurgicales de la Sulfamidotherapie en dehors des traumatismes récents : Ch. Lenormant.

Die Behandlung der Sulfanilamiden in der Oto-Rino-Laryngologie : E. Lüscher.

A propos de l'urgence de l'opération de Gonin : M. Amsler.

Comment peut-on favoriser l'hémostase spontanée ? : J. Roskam.

La cura ormonica delle vulvovaginiti a carvicit distrofiche : P. Gaifami.

Nr. 44 vom 31. Oktober 1942.

Zur Differentialdiagnose der Apoplexia sanguinea : A. v. Albertini.

Bemerkungen über Pervitin und weibliches Genitalsystem : W. Neuweiler.

Zur Mechanik der medialen Schenkelhalsfraktur. Ihre Behandlung mit der Nagelung nach Sven-Johannsen : O. Häuptli.

Zur Therapie des Herpes Zoster : K. Blum.

L'examen radiologique d'un spasme oesphagien peut conduire a une erreur dans la localisation de la lésion qui en est la cause : F. Naiville et R. Hermann.

Bilirubine directe et indirecte. Rétenion des pigments biliaires par le précipité albumineux : A. Gigon et M. Noverraz.

Zur Therapie der malignen Diphtherie : G. Neff.

Die Frage nach der Herkunft der Syphilis : F. S. Nohara.

Wiener Klinische Wochenschrift, Nr. 41 vom 9. Oktober 1942.

Das Karzinom der Frau : A. I. Amreich.

Die Migräne und ihre Behandlung : Prinz Auersperg.

Symptomenkomplex der chronischen Hypoglykämie bei der Trichinose : J. Hațieganu und O. Fodor.

Nr. 42 vom 16. Oktober 1942.

Ein neues Heilverfahren tuberkulöser Hauterkrankungen : E. Neuber.

Zur Ernährung des Kleinkindes : A. Reuss.

Ein Beitrag zur Frage der gutartigen lymphozytären Meningitis : J. Roubicek und J. Viklicky.

Nr. 43 vom 23. Oktober 1942.

Rede, anlässlich der Eröffnung der Zentralstelle „Kinderlose Ehen“ im Gau Niederdonau am 17. Juni 1942 : A. Fehrer.

Ein neues Heilverfahren tuberkulöser Hauterkrankungen : E. Neuber.

Ebesal in der Behandlung der extrapulmonalen Tuberkulose : W. Dittrich.
 Bau der Beinprothese im letzten und im jetzigen Kriege : F. Vischer.

Hippokrates, Nr. 41 vom 8. Oktober 1942.

Der Spontanpneumothorax : Steinmeyer.
 Die Ernährung der schwangeren Frau unter besonderer Berücksichtigung des Eiweissbedarfs : Bircher.
 Zur Frage der Grösse der N-Bilanz von Schwangeren bei Bircher-Kost : Kunz.

Nr. 42 vom 15. Oktober 1942.

Sterilitäts-Beratung und Behandlung : Caffier.
 Über den Wert der Suppe in unserer Ernährung : Schroeder.
 Bauliche Gestaltungsfragen der deutschen Sauna und das Saunaofenproblem : Karsten.

Nr. 43 vom 22. Oktober 1942.

Über die Bedeutung der Vestibularprüfung als diagnostisches Hilfsmittel : Urbantschitsch.
 Dulcamara Bittersüss : Stiegele.
 Erfahrungen und Probleme ambulanter Sterilitätsbehandlungen : Börngen.

Nr. 44 vom 29. Oktober 1942.

Naturgemässe Heilmassnahmen im Krankenhaus : Haggeney.
 Der Verbleib peroral zugeführter Vitamin-C-Gaben : Zimmermann.
 Die Alantwurzel als Hustenmittel bei Lungentuberkulose : Stangl.

Der Landarzt, Nr. 40 vom 30. September 1942.

Aetherische Öle und ätherische Öldrogen in der Alltagspraxis : Braun.
 „Häfermotor“ oder Ölmotor? Ist das Pferd die Lösung : B. Friton.

Nr. 41 vom 7. Oktober 1942.

Arzt im Urwald : Kriegsbericht Gross-Talmon.
 Aetherische Öle und ätherische Öldrogen in der Alltagspraxis : Braun.

Nr. 43 vom 21. Oktober 1942.

Die Erscheinungen bei Vitamin-A-Mangel und ihre Beseitigung : W. Weitzel.

Folia Therapeutica, Heft 10, Oktober 1942.

Klinische Wochenschrift, Nr. 33 vom 15. August 1942.

Die pathogenetische Wirkung des allgemeinen Sauerstoffmangels, insbesondere bei der Höhenkrankheit und dem Höhentode : F. Büchner.
 Das Verhalten des Serumchlores bei Flexnerruhr : G. Walther und L. Günther.
 Über essentielle Knochenmarksinsuffizienz : R. Stodtmeister und P. Büchmann.
 Zur Praxis der Depotinsulinbehandlung von Diabetikern : F. Kienle.

Nr. 34 vom 22. August 1942.

Shock und Kollaps : Schwiégk.
 Eine zuverlässige Methode zur schnellen Diagnose der Tollwut : E. Herzog.
 Giftigkeitssteigerung von Arzneimitteln durch Sulfonamide : H. A. Oelkers und E. Wanowius.
 Nebennierenresektion bei maligner Nephrosklerose? : Pilgerstorfer.
 Zur Klinik und Pharmakologie der Darmcarcinoide : W. Selberg.

Nr. 35 vom 29. August 1942.

Shock und Kollaps : Schwiégk.
 Über die Behandlung der Fettembolie mit Sauerstoffatmung : H. Brücke.

Eintritt und Verlauf der Weil-Felix-Reaktion während der ersten 10 Krankheitswochen beim Fleckfieber : F. Schütz und Th. Messerschmidt.

Zur Frage der pathogenetischen und epidemiologischen Sonderstellung der Diphtheriebazillentypen : H. Grossmann.

Über dissoziierten Ikterus : Tako.

Nr. 36 vom 5. September 1942.

Über medizinale Vergiftungen : L. Lendle und J. Sentis.
 Zur Beurteilung des Vorkommens von Ikterus und Tod bei Schlammfieber : W. Schüffner.
 Über die Gelbsucht und die Sterblichkeit bei Schlammfieber : J. Kathe.
 Lymphoidzellen-Angina mit schwerem septischem Verlauf und Hautveränderungen im Sinne des Erythema exsudativum multiforme : A. Schrank.
 Experimentelle Untersuchungen über die kombinierten Läsionen der Arbeitsmuskulatur des Herzens : Ungvary L.

Nr. 37 vom 12. September 1942.

Das nephrotische Syndrom : W. Nonnenbruch.
 Bemerkung über die essigsauere Tonerde : W. Heubner.
 Beiträge zum Studium des Insulinschocks : G. Benetato.
 Zur Vereinfachung der serologischen Diagnose bei Leptospirosen : H. Müller.
 Zur Kenntniss der Cholinesterase des Blutserums : E. Werke und G. Stütigen.

Therapie der Gegenwart, Heft 8, August 1942.

Die Behandlung der Pneumonien im Kindesalter mit Sulfonamiden : J. Siegl.
 Pneumothoraxträger in Arbeit und Arbeitseinsatz : W. Knoefel.
 Erfahrungen über die Röntgennahbestrahlung der Hautgeschwülste : E. Zdansky.
 Neosal in der Hals-, Nasen- und Ohrheilkunde : R. Gruner.

Heft 9, September 1942.

Kriegsverletzungen des Kehlkopfes und ihre Behandlung : A. Brüggemann.
 Anästhesie als Heilweise : E. Fenz.
 Diagnostik und Therapie der allergischen Gastritis : M. Werner.
 Zur Klinik und Radiumtherapie der Induratio penis plastica : A. Vonessen.

Fortschritte der Therapie, Heft 9, September 1942.

Physiologische und therapeutische Betrachtungen über die intralumbale Injektionsbehandlung : G. Säker.
 Aussprache über das schmerzhaft „Eingeschlafensein der Hände“ : Laubenthal.
 Über Erfahrungen mit hormonaler Behandlung des Ulcus ventriculi et duodeni bzw. der Ulcusdiathese in der Praxis : M. Hommeyer-Brentano.
 Beitrag zur Behandlung der Verdauungsstörungen bei Hyperthyreosen : H. Leissner.

Zeitschrift für Aerztliche Fortbildung, Nr. 19 vom 1. Oktober 1942.

Die Erkennung und Behandlung akut lebensbedrohender Malariaerkrankungen : W. Menk.
 Diagnostik und Therapie der Bronchialdrüsentuberkulose des Kindes : J. W. Camerer.
 Die Ermüdungsbrüche (Überlastungsschäden) des Knochen-systems : M. Detlefsen.

Nr. 20 vom 15. Oktober 1942.

Die Erkennung und Behandlung akut lebensdrohender Malariaerkrankungen : W. Menk.
 Wie verabreicht man innerlich zu nehmende Arzneimittel? : F. Weiss.
 Die Evipannarkose in der Praxis : F. Hinrichs.

Redacționale

Toată corespondența referitoare la chestiuni de redacție și administrație se va adresa: **Clinica ginecologică și obstetricală Cluj-Sibiu, str. Haller Nr. 1.**

Revistele generale și articolele originale vor fi publicate întregi. Nu se admit articole cu urmare. Articolele nu vor depăși 4 pagini de revistă. Costul tiparului peste 4 pagini va fi suportat de autor, 500 Lei pagina.

Autorii vor prezenta odată cu articolul și un mic rezumat în românește, franțuzește și nemțește.

Costul extraselor îl privește pe autor și jumătate din el se trimite deodată cu manuscrisul pe numele tipografiei, care altfel nu e obligată a face extrasele.

Se refuză articolele de critică și polemică ce vizează persoane, ca și articolele cari au fost deja publicate într-una din revistele din țară.

Recensiile articolelor originale vor fi scurte (maximum 15 rânduri tipărite, aprox. 30 rânduri scrise). Ele vor începe cu titlul lucrării în românește, titlul original (în paranteză), autorul, revista, numărul revistei, pagina și anul.

Toate manuscrisele vor fi dactilografiate.

Costul clișeelelor privește pe autori și vor fi comandate de autori după formatul revistei.

Costul anual al abonamentului la revistă este de Lei 500. Pentru autorități 1000 Lei. Pentru studenți 300 Lei. Costul unui număr este 80 Lei.

— Abonamentele se plătesc anticipativ prin mandate poștale pe adresa: **Administrația Ardealul Medical, Clinica ginecologică și obstetricală, Cluj-Sibiu, strada Haller 1.**

Domnii abonați sunt rugați să anunțe la timp schimbarea domiciliului, pentru a evita orice neînțelegere în legătură cu expedierea revistei.

Anunțurile se angajează direct prin **Administrația revistei** cu tariful următor:

1 pagină odată 3.000, 3 ori 8.000, 6 ori 15.000, 12 ori 25.000 Lei
1/2 " " 2.000, " 5.000, " 8.000, " 15.000 "

Pentru encartage se plătește 1 Leu de fiecare inserat.

Pentru anunțuri plasate pe pagina recto se socotește un plus de 30%.

Pentru anunțuri periodice (băi, staț. balneare, staț. climaterice etc.) se plătește un plus de 50%.

Tabloul de prețuri al extraselor pe formatul 8^o valabil dela 1 Septemvrie 1942.

Numărul paginilor	Extrase pe hârtie satinată de tipar		Coperta obicinuită hârtie culoare									Observație		
	Primele 25 exemplare	Următoarele 25 exemplare	25	50	100	150	200	300	Peste 300 ofertă					
L e i		e x e m p l a r e												
L e i		L e i												
4	320	60	260	290	340	380	450	550	—	—	—	—	1 pagină din revistă co- respunde cca. la 3 pagini din extras.	
8	430	90												
12	750	150												
16	740	130												
Extrase pe hârtie velină		Copertă groasă colorată											Pentru fiecare clișeu se va socoti în plus 15 Lei.	
4	330	70	300	380	540	690	850	1160	—	—	—	—		Tablourile etc. lipite la extrase se vor socoti în plus.
8	460	110												
12	790	180												
16	780	175												

*Noua etapă a
terapeuticeii sulfamidate*

THIAZOMIDE

2090 - R.P. SULFATHIAZOL

PRODUS POLIVALENT BINE TOLERAT
DE ORGANISM

GONOCOCI - COLIBACILI
PNEUMOCOCI-MENINGOCOCI
STREPTOCOCI - STAFILOCOCI



*Intrebuintarea Thiazomidei reduce numărul
sulfamidò-intoleranților și permite tratamente
de scurtă durată cu posologii mai ridicate.*

TUB CU 20 COMPRIMATE DE 0,50 GR.

Doza inițială zilnică: 4 la 8 grame.



SOCIÉTÉ PARISIENNÉ D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA MARQUES POULENC FRÈRES & USINES du RHÔNE

21, RUE JEAN GOUJON - PARIS - VIII^e

Propaganda Medicală „SPECIA” Str. Anastasie Simu, 6 — București (III)

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

SIBIUL MEDICAL

Anul XXIII

Anul VIII

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICA

Anul VI

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Organ Oficial al Facultății de Medicină din Cluj-Sibiu, Societății Științelor Medicale din Cluj-Sibiu
Inspectoratului General Sanitar Sibiu și al Colegiilor Medicilor din Inspectoratul General Sanitar Sibiu

COMITETUL DE REDACȚIE:

Prof. Dr. I. Aleman, Prof. Dr. V. Baroni, Prof. Dr. Gr. Benetato, Prof. Dr. V. Bologa, Prof. Dr. Gh. Buzoianu, Prof. Dr. C. Crișan, Dr. I. Cosma, Prof. Dr. L. Daniello, Dr. I. Fabritius, Doc. Dr. O. Filipescu, Prof. Dr. I. Goia, Prof. Dr. C. Grigoriu, Prof. Dr. M. Hângănuț, Prof. Dr. I. Hațieganu, Dr. L. Ionașiu, Prof. Dr. M. Kernbach, Prof. Dr. I. Manta, M. Manta, Dr. C. Manta, Prof. Dr. D. Michail, Prof. Dr. I. Moldovan, Prof. Dr. D. Negru, Prof. Dr. V. Papilian, Prof. Dr. Al. Pop, Prof. Dr. R. Popa, Prof. Dr. Gh. Popoviciu, Conf. Dr. Tr. Popovici, Dr. A. Popu, Dr. Gh. Preda, Dr. T. Schulz, Prof. Dr. S. Secăreanu, Dr. I. Stoichiția, Prof. Dr. M. Sturza, Dr. I. Sturza, Prof. Dr. C. Tătaru, Prof. Dr. E. Țeposu, Prof. Dr. C. Urechia, Dr. L. Ursu, Prof. Dr. T. Vasiliu, Prof. Dr. C. Velluda.

DIRECTOR:

Conf. Dr. I. GAVRILĂ

REDACȚIA
ȘI ADMINISTRAȚIA

Clinica ginecologică și
obstetricală Cluj-Sibiu,
str. Haller Nr. 1

Telefon 45

Normacol

Laxativul fiziologic



*Superioritatea capacității de a
se umfla a Normacol-ului*

față de alte substanțe naturale este dovedită experimental.

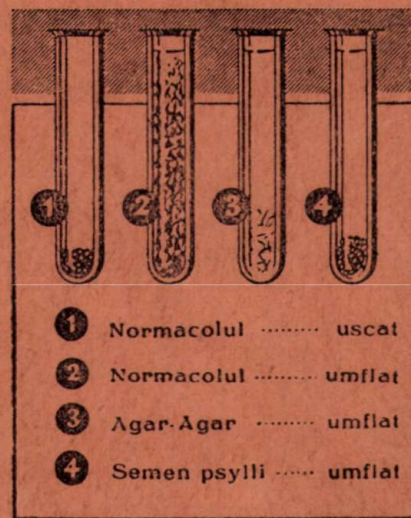
Experiența clinică

arată, că corespunzător capacității sale mărite de a se umfla, cu Normacolul se obține un scaun mai voluminos.

Scaunele cu Normacol nu diferă de loc de scaunele normale.

40 publicațiuni științifice

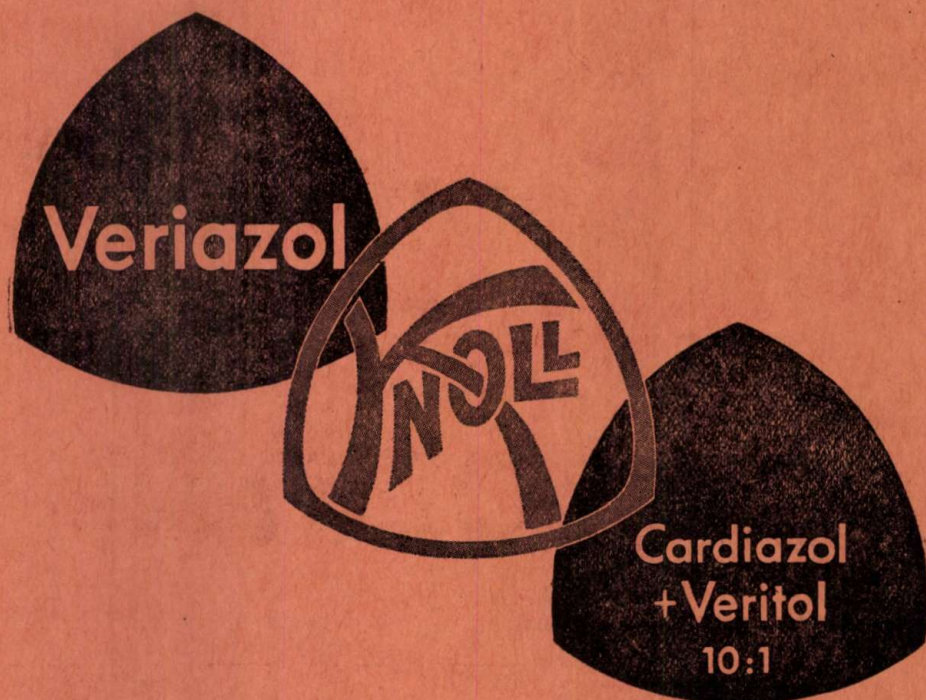
din clinică și practică certifică calitatea și siguranța
Normacol-ului.



Cartoane cu 100 și 250 gr.

SCHERING A. G. BERLIN N 65

C O D E R E, S. A., București
Str. Clemenceau No. 6 Tel.: 3.58.05



Analeptic

cu acțiune centrală mărită și acțiune periferică energetică.

Contra atoniei circulatorii consecutive maladiilor infecțioase, în intoxicații, pre- și post-operator, în stările de epuizare, în convalescență, în răul de röntgen.

In colaps, accidente de narcoză; intoxicații, paralizii vasculare, asfixie.

Lichid: Flacoane de 10 gr. .

Tablete: Tuburi de 10 buc.

Fiole: Cutii de 5 buc. à 1,1 cmc.

KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN P E R I N

Knoll S. A. R., Str. Atena 29, București 3.

Având asigurată materia
primă necesară, punem la
dispoziția Domnilor medici

Vitamin „C”

sub formă de :

Ascorbin

Injectii

(L-Ascorbinat de sodiu)

0,05/1	cmc,	cutia	cu	10	fiole
0,10/2	"	"	"	5	"
0,50/5	"	"	"	3	"

Subcutan - Intramuscular - Intravenos

Ascorbin

Tablete

(Acid Ascorbic)

Tubul cu 12 tablete 0,05



Fabrica HYGEA-CLUJ S. A. R.
BUCUREȘTI

Kresival

expectorantul ideal în toate
afecțiunile acute și cronice
ale organelor respiratorii și
ale căilor aeriene superioare

Cu Kresival,

Expectorație ușoară

Calmarea tusei

Mărirea poftei de mâncare

Acțiune antiflogistică

Indicat mai cu seamă în practica infantilă

Ambalaj original: Flacon cu 125 [de gr.

» *Bayer* «



LEVERKUSEN

Reprezentanța generală pentru România:

„ROMIGEFA“ S. A. R. București, Str. Brezoianu 53

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

— SIBIUL MEDICAL

Anul XXIV

Anul IX

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VII

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

SUMARUL :

I. Moldovan: † Profesorul Dr. Mihail Zolog I

Articole științifice :

Prof. Dr. Grigore Benetato, R. Oprean, Dr. T. Agârbiceanu și Dr. T. Tudoraș: Conser-
varea sângelui de om și utilizarea lui pentru transfuzii " 47

Prof. Dr. C. I. Urechia, Dr. T. Dragomir și Dr. L. Dragomir: Hematomieli afrigore, și
hematomieli spontane " 53

Dr. Tomescu Teodosie: Abces cerebral metastatic de origină otică " 56

Dr. I. Macavei și Dr. A. Faur: Sprue european " 59

Problematica medicală :

Prof. M. Kernbach: Spiritul științific și problemele fundamentale ale medicinei contemporane " 64

Probleme terapeutice :

Conf. Dr. I. Gavrilă: Considerațiuni asupra tratamentului dizenteriei " 72

Dr. Spatareanu Simion: Tratamentul arsurilor gr. 3, plăgilor infectate și atone cu preparatul
propriu „Oletan” " 74

Societăți medicale " 76

Revista cărților " 79

Icterele, Mijloace de explorare, simptome, fiziopatologie, terapeutică de Dr. I. Pavel.

Revista revistelor " 79

Note și informațiuni " 82

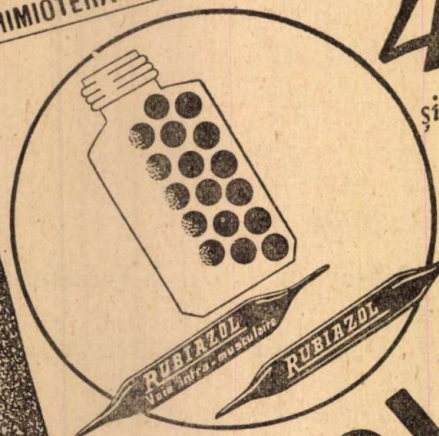
Bucovina Medicală. — Decrete, Deciziuni. — Posturi vacante de medici. — Concursul de internat.
— Concursul de externat.

Bibliografie " 83

CHIMIOTERAPIA STREPTOCOCHILOR SIMPLE SAU ASOCIATE

4 ani de cercetări
și experimentarea a peste 200 corpi

AU DEMONSTRAT CA



RUBIAZOL

COLORANT AZOIC

este
**CEL MAI ACTIV și
COMPLECT ATOXIC**

DOZA ZILNICĂ:
6-12 comprimate
2-3 fiole

LABORATOIRES  DU DR ROUSSEL-PARIS

Eșantioane Medicale și literatură la:

Reprezentanța generală pentru România

Laboratorul Farmaceutic „LUTETIA” S. A. R.

103, Strada Toamnei, — BUCUREȘTI, III

Telefon 221.38

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

— SIBIUL MEDICAL

Anul XXIV

Anul IX

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VII

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

† PROFESORUL Dr. MIHAIL ZOLOG

A plecat dintre noi Profesorul Zolog, atunci când se credea aproape vindecat de o boală, care îl trăsese mai mult de un an. A plecat câteva zile înainte de a-și ține lecția inaugurală în calitate sa nouă de profesor universitar. Muncise pentru a ajunge profesor aproape 24 ani în Universitate, în același Institut de Igienă la a cărui preluare a participat și el pe care l'a servit apoi fără întrerupere cu credință și devotament. De când a plecat ca fiu de vrednic țărani la școală la Dumbrăveni, în tot timpul apoi al pregătirii pentru viață și al afirmării sale în universitate, în domeniul sănătății publice și ca om și român, în aspră muncă și-a croit drumul ascensiunii, prin merit s'a ridicat și printr'un rar devotament și o pilduitoare vrednicie, a sfințit funcțiunile care l-au fost încredințate.

Din prima clipă a funcționării românești a Institutului nostru de Igienă din Cluj el a luat parte activă și cu tot sufletul la înfrigurata muncă de organizare, iar în evoluția ascendentă a Institutului în care a muncit ca preparator, asistent, șef de lucrări, docent, conferențiar, agregat și profesor, asupra umerilor lui au fost așezate adesea cele mai grele sarcini. Îndeplinirea acestor îndatoriri didactice, de cercetare, de laborator și pe teren, imboldul propriu spre desăvârșire, specializarea pe care a urmat-o în Statele Unite ca bursier al Fundației Rockefeller, studiul la fața locului a celor mai însemnate instituții de specialitate din Europa, dar în deosebi și munca în domeniul sănătății publice l-au perfecționat competența în așa măsură, încât a devenit de mult unul dintre cei mai strălucți reprezentanți ai igienei în țară, neîntrecut mai ales în domeniul genului sanitar și al igienei școlare.

A fost în același timp un perfect cercetător, om de laborator, un abil și precis experimentator, dornic să adâncească probleme, să le pătrundă pe cale experimentală tainele și capabil să ajungă la concluziuni de o deosebită valoare științifică.

Exactitatea și temeinicia cunoștințelor sale, experiența vastă pe care și-a câștigat-o în lunga sa carieră de igienist și mai ales darul neîntrecut de a împărtăși studenților săi din comoara competenței sale au făcut din colegul Zolog un conferențiar și profesor dintre cei mai prețuiți și stimați ai Facultății noastre.

La același nivel înalt s'a ridicat și ca om, ca român, prieten, soț și părinte.

Lucrările regretatului coleg — pe lângă importante cercetări din domeniul medicinei experimentale — au îmbrățișat aproape toate compartimentele igienei și mai ales și ale igienei aplicate pe teren, în domeniul sănătății publice. Dacă n'ar fi să relevăm decât



† Profesorul Dr. Mihail Zolog

lucrările sale asupra anafilaxiei, a mecanismului acțiunii terapeutice a preparatelor arsenobenzolice, asupra capacității fizice și intelectuale a elevilor de școală, asupra unor variate probleme din domeniul demografiei, al igienei școlare și eugeniei, asupra aprovizionării cu apă în mediul urban și mai ales și acele asupra organizării și funcționării plășii sanitare model din Gila, pe care a organizat-o și a condus-o din punct de vedere tehnic, cu atâta competență și interes, dacă n'ar fi să înșirăm decât aceste grupuri de lucrări, din cele peste 80 pe care le-a publicat și am evidențiat, credem suficient varietatea și însemnătatea deosebită a problemelor mari, care au fost studiate și luminate prin munca științifică atât de precisă și pătrunzătoare a regretatului coleg.

Și acum când trebuia să se bucure de roadele unei vieți de necontenită trudă și să simtă satisfacția organizării unui focar propriu de știință și de învățământ, a trebuit să plece dintre noi. Abia aștepta să-și înălece lecția inaugurală, care era gândită ca un act de recunoștință față de institutul în care s'a format și un rămas bun îndulcitor la adresa unei perioade de muncă atât de însemnată, și dorința lui fierbinte era să-i fie dați încă vre-o câțiva ani de sănătate pentru a-și putea dovedi întreaga sa forță de muncă. Așa scria el în una din ultimele fraze ale lecției sale inaugurale:

„Am trăit și am muncit peste 23 de ani în Institutul de Igienă și a-și dori să mai trăiesc și să muncesc, dacă nu încă 23 de ani, căci a-și fi prea pretențios, dar cel puțin câțiva ani înalte“.

Și iată nemiloasa soartă nu i-a mai dăruit nici câteva zile. Așa am pierdut un bun camarad, pe unul dintre cel mai vrednici reprezentanți ai Igienei. Îi vom păstra totdeauna o amintire plină de recunoștință.

I. Moldovan

Cuvântările rostite la catafalcul profesorului Mihail Zolog

Înmormântarea profesorului Mihail Zolog a avut loc în ziua de 21 Ianuarie 1943. Cu aceasta tristă ocaziune în fața corpului său neînsuflit, așezat în holul Universității, s'au rostit următoarele cuvântări:

În numele Facultății de Medicină d-l *Decan prof. Dr. Papilian V.* a spus următoarele:

Intristată adunare,

Încă o durere care vine să încerce mult încercata noastră Universitate. Unul din cei mai tineri, dar și mai merituosi profesori, ne-a fost smuls din mijlocul nostru, după o scurtă, dar admirabilă activitate, care justifica toate nădejdiile și la o vârstă, care-i asigura toate posibilitățile.

Mihail Zolog a murit în vârstă de 48 ani, a murit ducând o pasiune și o credință, o pasiune pentru studiul Igienei, căreia i se devotase trup și suflet și o credință optimistă în perfectibilitatea omului și marea destinului uman. Câteva zile înainte morții lui năpraznici, la sfârșitul unui consiliu, stând de vorbă mi-a mărturisit crezul lui, crez sublim, într'un ideal de pace, de iubire și de libertate. Era convins, că timpul de față atât de înfricoșător, nu e decât una din marile încercări, la care e supusă omenirea din când în când, din care ea va ieși însă triumfătoare în bine și în frumos.

Fericită întru chipare umană! El era un igienist nu numai al trupului, dar și al sufletului. Vedea în armonia dezvoltării integrale mistuirea adevăratului om de știință și a adevăratului medic. Lucrările lui științifi-

ce, deși atât de importante, erau cu mult depășite de forță activă a sufletului său. Ca la toți oamenii cu adevărat mari, pragmatismul întrecea elementul speculativ. De câte ori vorbind de valorile umane, îmi mărturisea admirația lui pentru meșteșugarul, care numai cu ajutorul simțurilor și a mâinilor își înfăptuia lucrul său!

A trăit potrivit acestui simbol și a acestui ideal. A trăit fericit de lucrul său, privind cu mulțumire de meșteșugar la produsul mâinilor sale și a năzuit și a sperat potrivit idealului său de om bun și devotat marelui colectivității, țara și umanitate.

De aceea noi parcă nu plângem numai pe colegul și prietenul dispărut, dar plângem pe meșteșugarul, căruia l-a căzut unealta din mână și pe poetul, care și-a lăsat neterminat poemul său.

Azi rămășitele lui pământești ne părăsesc! Ne rămâne însă între noi chipul lui spiritual.

El stăruiește între noi, el continuă să trăiască, el continuă să desăvârșească profilul omului de mâine, potrivit idealului, care l-a fost atât de scump.

Să-i fie memoria bine cuvântată și veselă prezentă între noi.

În numele Institutului de Igienă și al Astrei d-l *Prof. Dr. I. Moldovan* rostește cuvintele din prima pagină a revistei.

D-l *Dr. I. Cosma*, inspector general sanitar spune următoarele:

În numele Ministerului Sănătății și în numele întregului corp medical din Inspectoratul sanitar Sibiu aduc ultimul cuvânt de adio și de ploasă recunoștință în fața rămășitelor pământești ale iubitului nostru coleg, camarad și prieten.

Prin Profesorul Zolog Ministerul Sănătății pierde pe unul dintre eminenții lui consilieri, care dela începutul carierei sale — prin vastele sale cunoștințe și dorința de a-și pune puterile de muncă în slujba sănătății publice — a devenit unul dintre cei mai aprinși, cel mai competenți și cel mai zeloși colaboratori ai Ministerului Sănătății.

Corpul medical din Inspectoratul sanitar Sibiu a avut în personalitatea colegului nostru — plină de blândete și plină de dor de a-și împărtăși cunoștințele tuturor colegilor — un adevărat camarad și neîntrecut îndrumător.

Eu din partea mea pierd pe fratele meu Mihail cel mai apropiat coleg și cel mai apropiat prieten.

Ne-am întâlnit în același liceu în primele clase și de atunci scumpă me-a rămas prietenia lui până azi când voința soartei ne desparte. Am fost părtaș la eforturile, visurile și planurile lui și în tot acest timp l-am cunoscut ca însuflit numai de bine pentru alții, de grija de a ajuta pe cel în lipsă, și de dorința de a-și servi neamul.

(Continuarea pe pag. 84).

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXIV

SIBIUL MEDICAL

Anul IX

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VII

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Articole științifice

Conservarea sângelui de om și utilizarea lui pentru transfuzii

(Tehnica Institutului de Fiziologie al Facultății de Medicină din Cluj-Sibiu)

de

Prof. Dr. Grigore Benețato, E. Oprean, Dr. T. Agârbicescu și Dr. T. Tudoraș

(Continuare din Nr. 1.)

Partea II-a

A) Selecționarea donatorilor de sânge

Recrutarea și selecționarea donatorilor de sânge în vederea transfuziilor se poate face în orice serviciu spitalicesc în care se practică transfuziile.

În orașele mari, grija recrutării, selecționării și controlului donatorilor cade în sarcina Centrelor de Transfuzie, care funcționează sub auspiciile organizațiilor particulare de asistență publică sau autorităților sanitare.

În linii generale selecționarea donatorilor trebuie făcută în așa fel ca recoltarea sângelui să nu fie dăunătoare donatorului, iar transfuzia, primitorului.

Ea se face prin examenul clinic și de laborator, (examen pulmonar, examene morfologice și serologice ale sângelui. R. Wassermann, malarie).

Sunt acceptate ca donatori de sânge persoanele sănătoase între 20—60 ani.

Se exclud persoanele suferinde de anemie, hipotensiune (sub 11 cm³ Hg), miocardită, cardiopatii ne-compensate, afecțiuni hepatice, tbc., diateze hemoragice.

Se dă o atenție deosebită afecțiunilor cari se transmit pe calea sanghină (cum sunt sifilisul, malarie), la care trebuie să mai adăugăm și tifosul exantematic care chiar în perioada incubăției poate fi transmis prin transfuzie.

Pentru a elimina posibilitatea transmiterii sifilisului în faza seronegativă, este bine ca examenul sângelui (R. Wasserman, reacțiile de flocluație Kahn, Witebsky) să fie completate prin examenul clinic. Tot în acest

scop se vor exclude dintre donatorii de sânge sifiliticii în stare latentă și cei tratați.

În ce privește pericolul malariei acesta poate fi evitat nu atât prin examenul sângelui, care dă rezultate pozitive numai în faza evolutivă a boalei, în care bolnavii nu se prezintă pentru donarea sângelui, cât mai ales prin examenul clinic și prin luarea anamnezei, măsuri cari ne permit să eliminăm pe donatorii care prezintă semnele malariei cronice (splenomegalie) sau vin din regiunile impaludate.

Trebue să remarcăm că pericolul infecțiilor (specifice) transmise pe calea sanghină se reduce mult și aproape dispăre în cazul sângelui conservat, ceea ce se explică pe de o parte prin faptul că selecționarea sângelui în vederea conservării poate fi făcută temeinic în condițiile cele mai bune, iar pe de altă parte, prin efectul conservării asupra agenților patogeni din sânge. Astfel cercetările lui *Filatov-Iancur-Salkind*, *Althausen*, au arătat că agenții malariei și ai sifilisului dispar din sângele conservat la 4—5 zile după recoltare.

a) *Alegerea grupelor sanghine în vederea transfuziei.* Ca regulă generală transfuziile sanghine se pot face între persoanele aparținând grupelor sanghine identice sau compatibile. Compatibilitatea de sânge se stabilește prin relațiile care există între natura aglutininelor din plasma primitorului și cea a aglutinogenelor din globulele dătorului. Două persoane sunt incompatibile sub raport de grup, atunci când plasma receptorului conține aglutininele corespunzătoare aglutinogenelor din globulele donatorului.

Astfel, de exemplu, grupele A și B sunt incompatibile. Dacă s'ar face transfuzia dela A la B, globulele

dătorului s'ar aglutina și s'ar distruge sub acțiunea aglutininelor α) din plasma primitorului producând, sindromul dramatic al „șocului hemolitic.”

Natura aglutininelor din plasma dătorului în general nu contează în determinarea incompatibilității, deoarece ele se diluiază și se pierd în sângele receptorului, rămânând fără efect asupra globulelor acestuia.

În mod schematic relațiile de compatibilitate între diferitele grupe sanghine pot fi reprezentate în felul următor :

O		A	
poate să dea la	poate să primească dela	poate să dea la	poate să primească dela
O	O	A	A
A	—	A B	O
B			
A B			

B		A B	
poate să dea la	poate să primească dela	poate să dea la	poate să primească dela
B	B	AB	AB
AB	O	—	O

După cum se vede, sângele din grupa O fiind lipsit de aglutinogene A și B poate fi transfuzat la orice grup, de unde și numele de „dător universal” care i s'a dat.

b) *Valabilitatea dătorului universal.* Valabilitatea practică a dătorului universal nu este acceptată de toți autorii (*Fontaine, Hesse*). S'au descris multe cazuri de „dători universali periculoși”, cari au provocat accidente grave de transfuzie. Acțiunea acestora a fost explicată prin așa numita *aglutinare inversă*, care constă în aglutinarea și distrugerea globulelor primitorului de către plasma dătorului universal.

Aglutinarea inversă este posibilă atunci când concentrația aglutininelor (α și β) din sângele donatorului universal este prea mare.

Pentru a evita accidentele de hemoliză datorite aglutinării inverse, s'a propus determinarea titrului de aglutinare al donatorului universal și întrebuințarea donatorilor cu titru mic (*Coca*).

α) *Determinarea titrului de aglutinare a serului.* Prin titru de aglutinare se înțelege diluția cea mai mare la care serul sanghin își manifestă încă puterea de aglutinare.

Determinarea titrului de aglutinare se poate face cu metoda rapidă și expeditivă a lui *Willenegger*, sau cu metoda exactă după *Dahr*.

La Centrul de Transfuzie dela Institutul de Fiziologie Cluj—Sibiu determinarea titrului se face cu

metoda descrisă de *Dahr*. Serul de analizat, diluat în proporție de $1/2 \dots 1/2048$ se amestecă cu globulele test A și B, se ține timp de 1 oră la temperatura de 37° și se citesc rezultatele.

Tehnica : Pentru fiecare determinare se utilizează 2 rânduri de câte 11 eprubete (50 mm. $\times$ 5 mm.). La început se introduce în fiecare eprubetă câte 0.1 cm³ de ser fiziologic (CINa 9‰), apoi serul de analizat, în așa fel ca diluția lui în serul fiziologic să meargă crescând dela $1/2$ (prima eprubetă) până la $1/2048$ (ultima eprubetă), iar cantitatea totală a amestecului să fie de 0.1 cm³.

Ca să realizăm această diluție introducem în prima eprubetă din rândul întâi și al doilea câte 0.1 cm³ din serul de analizat și îl amestecăm cu serul fiziologic. Astfel se realizează prima diluție a serului de analizat ($1/2$). După aceea luăm din prima eprubetă 0.1 cm³ din amestec și îl introducem în eprubeta a 2-a, unde serul de analizat se va dilua de 4 ori și așa mai departe până la eprubeta 11-a unde diluția serului de analizat se va ridica la $1/2048$. În același fel diluăm serul de analizat și în al doilea rând de eprubete. Apoi în fiecare eprubetă din rândul întâi se adaugă câte 0.1 cm³ din emulsia de globule roșii test A, iar în eprubetele din șirul al doilea hematiile B. Emulsia standard de globule se prepară amestecând 0.1 cm³ de sânge recoltat din pulpa degetului, cu 4.9 cm³ de citrat de sodiu 3‰.

Amestecul de ser diluat și globule standard se ține în etuvă la 37° timp de 1 oră, după care se citesc rezultatele. În eprubeta unde are loc aglutinarea globulele se adună în grămezi, iar acolo unde aglutinarea lipsește, amestecul rămâne omogen colorat roz.

Diluția cea mai mare la care serul își manifestă încă puterea aglutinantă reprezintă titrul de aglutinare al serului, care se exprimă separat pentru fiecare aglutinină (titrul anti-A și anti-B).

β) *Seleționarea „donatorilor universali”* se face ținând seama de titrul de aglutinare al serului. Teoretic donatorul universal cu titrul de aglutinare de $1/32$ este în stare să provoace o aglutinare inversă și poate fi considerat ca fiind periculos.

Intradevăr, dacă transfuzăm 300 cm³ din sângele donatorului universal cu titrul de $1/32$, plasma, al cărei volum este de 150 cm³ se va dilua în masa sanghină a receptorului (4500 cm³) într-o proporție suficientă pentru a aglutina globulele primitorului ($1/30$).

Păstrarea puterii aglutinante necesară pentru aglutinarea inversă ar putea fi realizată cu mai mare ușurință în cazul unui primitor exsanguinat, cu masa sanghină diminuată.

Dacă din punct de vedere teoretic donatorii universali cu puterea aglutinantă mai mare decât $1/32$ pot fi considerați ca periculoși, din punct de vedere practic lucrurile stau cu totul altfel. Experiența câștigată prin sute de transfuzii (*Schürch-Willenegger-Knoll*) arată că toleranța organismului pentru sângele donatorului universal este condiționată, pe lângă titrul de aglutinare al donatorului, de viteza cu care se transfuzează sângele și de starea în care se găsește organismul primitorului.

Oehlecker a atras atenția că pericolul dătorilor universali poate fi diminuat prin prelungirea timpului de transfuzie.

Efectul vitezei de transfuzie asupra aglutinării inverse a fost studiat mai de aproape de *Schürch-Willenegger-Knoll*, care au arătat că sânge de donator universal cu titrul de $1/320$, transfuzat în timp de 4 minute declanșează toate simptomele șocului hemolitic,

pe când același sânge, injectat la același primitor în timp de 20 de minute, este bine suportat.

Prelungirea timpului de transfuzie ar produce după *Moureaux* diluarea și îndepărtarea aglutininelor (α β) donatorului prin fixarea lor prin absorbție pe aglutinogenele corespunzătoare din organismul primitorului, aglutinogene care după cum se știe se găsesc în cantități mari și variabile aproape în toate țesuturile și umorile organismului (vezi cap. Formarea, repartizarea și eliminarea aglutinogenelor).

Cum concentrația aglutinogenelor din țesuturi variază după individ, ea explică deosebiri individuale în ce privește toleranța organismului pentru sângele de donator universal.

În fine, sensibilitatea primitorului la acest sânge depinde și de starea organismului, anemicii și copiii mici fiind mai sensibili la acțiunea donatorului universal.

Pentru a înlătura accidente de transfuzie datorite donatorului universal, *Schürch* și colaboratorii evită întrebuintarea donatorului universal cu titrul mare (peste 1/160) la copii și la cei cu maladii sanghine. În ce privește durata transfuziei, ei o prelungesc, în cazul donatorului cu puterea aglutinantă peste 1/160, până la 20 minute.

c) *Selecționarea donatorilor la Centrul de Transfuzie din Sibiu.* Executarea examinărilor de selecționare reclamă un timp destul de îndelungat și constituie un mare dezavantaj în cazul transfuziilor urgente. Acest inconvenient al selecționării a fost înlăturat prin organizarea Centrelor de transfuzie care dispun totdeauna de un număr de donatori pregătiți pentru transfuzie.

În cazul sângelui conservat selecționarea donatorilor fiind independentă de data și de locul de executare a transfuziilor poate fi făcută în condițiile cele mai bune.

La centrul de transfuzie și conservarea sângelui din Sibiu selecționarea donatorilor se face prin examenul clinic și de laborator, după normele expuse de noi.

Centrul dispune de 440 donatori benevoli (237 femei și 203 bărbați) recrutați între studenți și studenți, învățătoare, doctori, meseriași, soldați, funcționari și femei casnice. Între donatorii Centrului 20 sunt hipertensivi, având o tensiune maximă care variază între 16 și 30 cm. Hg, iar unul suferă de poliglobulie. Repartizarea donatorilor pe grupe este următoarea:

Grupa	Numărul	Procentul
AB	22	5%
A	164	37,4%
B	61	13,9%
O	191	43,7%
Total:	440	100%

Având în vedere că sângele conservat se întrebuintează pentru transfuziile urgente în care stabilirea

grupului sanghin al primitorului, proba prealabilă de compatibilitate și chiar tehnica de transfuzie a lui *Oehlecker* nu se pot face în condițiuni ireproșabile — cum se întâmplă în cazul răniților de pe front, al accidentelor nocturne și al transfuziilor neprevăzute care se fac chiar pe masa de operație la bolnavi aflați sub narcotă — noi am întrebuintat pentru conservare numai sânge de donator universal și numai în cazuri excepționale sânge de alt grup.

Pentru a evita accidente datorite incompatibilității de grup și aglutinării inverse, la Centrul de Transfuzie din Sibiu se face o selecționare riguroasă a donatorilor. Ea constă în primul rând în identificarea precisă a grupei sanghine, făcută prin proba încrucișată care atunci când se face în condițiile indicate de noi permite evitarea confuziei posibile între grupa O și sub grupa A₂ și între A₂ B și B (vezi cap. Determinarea grupelor sanghine) și în al doilea rând, în determinarea titrului de aglutinare al donatorului universal.

Aci este locul să remarcăm că observațiile și cercetările făcute de noi au arătat că pericolul aglutinării inverse datorite donatorului universal cu titrul de aglutinare ridicat a fost exagerat.

Intrădăvăr, contrar recomandărilor lui *Oehlecker*, *Wichels-Lampe*, *Schürch-Willenegger-Knoll*, noi am utilizat sângele conservat de donator universal cu puterea aglutinantă ridicată (1/256, 1/512, 1/1024) chiar și la copiii mici sub un an (5, 10, 11 luni) în anemii grave (sub 2 milioane) și în cazurile de maladii sanghine (mieloză acută, panmielopatie) constatând în toate cazurile o toleranță perfectă pentru acest sânge, cu condiția ca durata transfuziei să fie prelungită până la 15—20'.

Totuși pentru a evita accidente ce ar putea fi provocate prin transfuzia rapidă a sângelui de donator universal cu titrul de aglutinare ridicat, noi în toate cazurile determinăm titrul de aglutinare, notându-l și pe eticheta ce o poartă fiecare flacon de sânge conservat, iar în cazul sângelui cu puterea de aglutinare mare se adaugă și observația „titrul de aglutinare ridicat, se va injecta foarte încet.”

Această precauțiune ni s'a părut cu atât mai necesară, cu cât determinările făcute de noi pe 191 donatori universali au arătat că donatorii universali cu titrul de aglutinare ridicat, variind între 1/128—1/1024, se întâlnesc într-o proporție destul de mare (14%).

Eficacitatea metodelor de selecționare întrebuintate de noi s'a dovedit prin faptul că în cele 180 de transfuzii cu sânge conservat executate la Centrul de Transfuzie, n'a fost niciun accident datorit incompatibilității de grup sau aglutinării inverse.

Bineînțeles că selecționarea donatorilor la Centrul de Conservarea sângelui din Sibiu nu s'a limitat numai la identificarea de grup și determinarea titrului de

aglutinare. Ea a fost completată în toate cazurile prin examenul clinic și de laborator făcut după normele indicate la începutul acestui capitol.

Partea III-a

A) Conservarea sângelui

Sângele scos din organism se modifică în scurt timp în așa măsură, încât devine inapt pentru transfuzie.

Alterăriunile pe care le suferă sângele „in vitro” sunt în linii generale asemănătoare celor care au loc în oricare alt țesut izolat. Ele sunt datorite deranjului survenit în desfășurarea metabolismului celular și modificărilor fizico-chimice funcționale și structurale consecutive acestui deranj. Înlăturarea parțială a acestor modificări se poate face pentru un timp limitat prin stabilizarea sângelui, iar pentru un interval mai îndelungat de timp prin conservarea lui.

Dela început trebuie să remarcăm că păstrarea tuturor proprietăților fizico-chimice, morfologice și funcționale, adică „conservarea totală” a sângelui este greu de realizat. De altfel cercetările de până acum au urmărit nu atât conservarea totală a sângelui, cât realizarea condițiunilor în care un sânge extravasat își păstrează un timp oarecare însușirea de a fi transfuzat fără ca să fie dăunător organismului și proprietatea de a substitui în mod eficace sângele primitorului.

Observațiile clinice și cercetările de laborator au arătat că inocuitatea sângelui extravasat și valoarea lui substitutivă, apropiată de cea a sângelui proaspăt, pot fi păstrate și prin „conservarea parțială” a lui.

S'a remarcat că dintre părțile constitutive ale sângelui în deosebi globulele roșii sunt acelea care condiționează în mare măsură „nocivitatea” și valoarea funcțională a unui sânge conservat, de unde și tendința de a întrebuința pentru conservarea sângelui mijloacele care asigură în primul rând păstrarea integrității structurale și funcționale a globulelor roșii.

a) *Mijloacele de stabilizare și conservare a sângelui.*

Conservarea sângelui în linii generale se poate face cu mijloacele fizice, chimice și biologice care sunt în stare să oprească coagularea sângelui, să reducă procesele fermentative de autoliză și să influențeze în așa fel desfășurarea proceselor metabolice, încât să asigure păstrarea proprietăților fizico-chimice și biologice ale sângelui și menținerea elementelor figurate — în special a eritrocitelor — în stare cât mai apropiată de cea naturală. În practică, conservarea sângelui se face prin stabilizarea lui și păstrarea la temperatură joasă.

Stabilizarea sângelui se poate face numai cu ajutorul substanțelor anticoagulante, sau cu un amestec de substanțe dintre care unele au un efect anticoagu-

lant iar celelalte exercită o acțiune specială de protecție asupra elementelor figurate, în special a eritrocitelor, sau reprezintă un mijloc antiseptic. Primele se numesc stabilizatoare simple, iar celelalte, compuse (*Schürch-Willenegger-Knoll*).

α) Stabilizatoare simple.

În această categorie intră toate substanțele anticoagulante întrebuințate pentru stabilizarea sângelui în vederea transfuziei (citrat de sodiu, heparină, sulfat de magneziu, hirudină etc.).

1. *Citratul de sodiu* îndeplinește toate condițiile unui bun stabilizator, având acțiune anticoagulantă pronunțată, fiind solubil, sterilizabil, netoxic pentru organismul primitor cu acțiunea de denaturare redusă asupra sângelui. Pentru stabilizarea și conservarea sângelui se întrebuințează citratul tribazic de sodiu, lipsit de impurități (chimic pur), având în soluție concentrată reacție ușor alcalină ($\text{pH} = 7,5$).

Totuși sunt unii autori cari, bazându-se pe constatările lui *Maizels-Whittaker*, după care mediul acid întârzie distrugerea hematiilor, recomandă citratul monobazic (*Jeanneney*).

Ca lichid de stabilizare și conservare citratul de sodiu se întrebuințează în soluțiile de 3—6% (*Hustin, Schürch-Willenegger-Knoll, Sammartino, I. Nicolau*), de 10% (*Jeanneney, Ionescu*) și în concentrații mai mari (*Schmid, Mstibovski*).

Concentrația minimă de citrat care împiedecă coagularea sângelui este de 0,25—0,30 gr⁰/₀, totuși pentru conservarea sângelui s'au dovedit a fi mult mai eficace concentrațiile mai mari de citrat. Majoritatea autorilor utilizează pentru conservare soluțiile în care concentrația finală a citratului este 0,4—0,6% (*Biddle-Langley, Jeanneney, Ionescu, Jullien-Viéroz, Mstibovsky*).

După cercetările lui *Willbrandt, Balachovsky-Ginzburg* citratul în concentrație de 1% asigură o conservare durabilă a sângelui, pe când concentrațiile mai mari (3—4%) au o acțiune hemolitică.

Toxicitatea citratului este redusă. Introdus în organism citratul se degradează în scurt timp sub acțiunea dehidrazei citrice, iar produșii rezultați din descompunerea lui se elimină prin plămâni și rinichi (CO_2 , Na).

Cantități considerabile de citrat (4—5 gr.) injectate intravenos chiar în repetate rânduri la intervale scurte (1—2 zile) sunt suportate de omul adult fără niciun inconvenient. După unii autori organismul adult tolerează dela 8 până la 15 gr. de citrat (*Neuhof-Hiszfeld, Bagdasarov*). Totuși, ținând seamă de variațiile sensibilității individuale față de citrat e bine să nu depășim nici într'un caz cantitatea de 6—8 gr. Dozele mari de citrat provoacă contracțiuni tonico-clonice generalizate, iar cele excesive, moartea.

Doza letală de citrat este 0,3—0,32 gr. pe un kg. de animal (*Lewisohn, Battaglia*).

Acțiunea anticoagulantă a citratului se manifestă numai „in vitro”. În vivo, adică în organismul primitorului, citratul nu influențează procesul de coagulare

Ca stabilizator, citratul fixează ionii de calciu, împiedicând procesul de coagulare fără să producă alterarea sângelui.

Stabilizat cu ajutorul citratului, sângele își păstrează un timp oarecare proprietățile fizico-chimice (reacție, presiune coloid-osmotică) morfologice (eritrocite, leucocite, trombocite), funcționale (capacitatea de fixare și de eliberare a O_2 -lui) și biologice (puterea bactericidă și fagocitară) deosebindu-se sub acest raport foarte puțin de un sânge proaspăt.

Totuși sunt unii autori care consideră sângele citratat ca fiind un produs *denaturat*.

Efectul *denaturalizant* al citratului ar fi datorit dezechilibrului ionic provocat prin desionizarea ireversibilă a calciului sanghin, care s'ar repercuta și asupra stării coloidale a proteinelor plasmatice, cauzând denaturarea lor. (Habelmann).

Acțiunea citratului asupra ionilor de calciu s'ar prelungi și în organismul primitorului, provocând turburări în funcțiunea sistemului nervos organo-vegetativ și în excitabilitatea neuro-musculară.

Trebue să recunoaștem că criticile aduse metodei de stabilizare cu citrat sunt bazate mai mult pe presupuneri. Intradevăr, denaturarea proteinelor sanghine sub acțiunea citratului este imperceptibilă, iar efectul nociv al citratului asupra organismului donatorului n'a fost dovedit.

Citratul, chiar dacă indeplinește condițiile cerute unui bun stabilizator, crușând proprietățile fundamentale ale sângelui, totuși nu este în stare să asigure *conservarea îndelungată a sângelui*.

Intradevăr, într'un sânge conservat cu citrat de sodiu se observă chiar la o săptămână după recoltare dislocarea hemoglobinei și scăderea capacității respiratorii a globulelor, care compromit simțitor „valoarea funcțională” și terapeutică a produsului astfel conservat (Doepp, De Gowin, Knoll).

2. *Heparina* este un stabilizator cu acțiune biologică. Se află în sânge și în toate țesuturile, având un rol însemnat în reglementarea coagulării și menținerea sângelui în stare lichidă în interiorul vaselor.

Este un ester polisulfuric al mucoitinei, labil în stare liberă, care atât în natură cât și în preparatele industriale se găsește sub forma sărurilor de sodiu sau calciu.

Mecanismul de acțiune a heparinei nu este lămurit. După unii ea ar împiedeca activarea protombinei de către trombochinază (Howel) prin fixarea trombochinazei (Waldschmidt). După alții ar favoriza transformarea proantitrombinei în antitrombină sau ar împiedeca prin legarea trombinei fixarea acesteia pe fibrinogen (Quicq).

Puterea anticoagulantă a heparinei se exprimă în unități.

Unitatea de heparină este cantitatea minimă din această substanță care în prezența sărurilor de calciu menține în stare lichidă timp de 4 ore 1 cc. de plasmă de bou citratată.

Efectul stabilizant al heparinei se obține adăugând 2 mgr. — 10 mgr. de heparină la 100 cc. de sânge (Heim-Clemens, Schürch-Willenegger-Knoll). Sângele astfel tratat se menține în stare lichidă 1—2 ore putând fi întrebuințat pentru transfuzii indirecte.

Stabilizarea îndelungată, adică conservarea, necesită cantități mai mari de heparină. După autorii elvețieni (Schürch-Willenegger-Knoll) 4 mgr. de heparină din „L'quemine Roch” (4 mgr. = 1 cc. = 2000 unități), asigură stabilizarea nelimitată a unor cantități de 100 cc. de sânge, după autorii germani (Zenker-Rieve) efectul asemănător poate fi obținut cu 20 mgr. din heparina „Vetren.”

Acțiunea anticoagulantă a heparinei se manifestă și „in vivo”, în mod trecător. Se obține la animale și om cu doze mari de heparină. Introdusă în cantități mici, prin transfuzie, heparina se degradează în scurt timp și nu influențează procesul de coagulare din organismul primitorului, putând fi întrebuințată chiar la cei suferinzi de diateze hemoragipare.

Acțiunea toxică a heparinei se manifestă prin vărsături, accelerarea și slăbirea pulsului, hematurii. Efectul toxic al heparinei este inconstant, de scurtă durată și se obține cu doze excesive de heparină. La animale dozele toxice variază între 20—100 mgr. de substanță pentru 1 Kg. de greutate (Müller-Chargaff-Olson). Ele nu pot fi atinse nici într'un caz prin transfuzie la om.

Heparina nu denaturează de loc sângele și poate fi considerată, spre deosebire de celelalte mijloace de stabilizare, ca un adevărat *stabilizator biologic*.

Ca mijloc de conservare heparina este inferioară citratului. Intradevăr, din cercetările autorilor elvețieni (Schürch-Willenegger-Knoll) confirmate de Aylward, Schilling reiese că într'un sânge conservat prin heparinizare trombocitele dispar în timp de 24 de ore, iar alterarea eritrocitelor și hemoliza survine mai repede decât în cazul sângelui conservat prin citrare.

3. *Hirudina* este o substanță anticoagulantă extrasă din capete de lipitori.

Ca lichid de stabilizare și conservare hirudina a fost experimentată mai mult pe animale și în cazuri izolate pe om, fiind sub acest raport încă incomplet studiată.

4. *Sulfatul de magneziu* este un anticoagulant întrebuințat numai în cercetări experimentale.

5. *Alte substanțe anticoagulante* întrebuințate în practica conservării sângelui, cum este *acidul aldonic* din „Sangostat”, *poliacetilen-dioxisulfonat de sodiu* din „Transfuzol”, *polianaetolsulfonat de sodiu* din „Liquoid Roche”, *tiosulfatul de magneziu* din „Novotrans”, și *sulfarsenolul*, sunt în linii generale inferioare citratului și heparinei.

β) Stabilizatoare compuse.

În această categorie intră amestecurile de soluții saline izotonice cu substanțe anticoagulante (heparină, citrat), soluțiile gluco-citratate și câteva stabilizatoare speciale (Sangostat, Novotrans, Transfuzol și altele).

1. *Amestecurile saline izotonice* se întrebuințează în mod curent pentru stabilizarea și conservarea sângelui.

Din această categorie fac parte soluțiile întrebuintate de autorii ruși, cunoscute ca *soluțiile de Leningrad și Moscova* și stabilizatorul german al lui *Zenker-Rieve*. Prima este o soluție izotonică de clorură de sodiu (0,9 gr. %) conținând 5 gr. la litru citrat de sodiu.

Ceealaltă, numită și *soluția I. P. K.* are formula mai complexă, având și săruri de magneziu și potasiu (ClNa 7,0, citrat de sodiu 5,0, ClK. 0,2 SO_4 Mg 0,04, H_2O dist. ad 1000.0).

Stabilizatorul lui Zenker-Rieve se compune dintr-o soluție salină izotonică — a cărei formulă nu este dată de autori — și din heparină în cantitate de 20 mgr. (Vetren) la 100 cc. Conservarea sângelui cu ajutorul stabilizatorilor din această categorie se face amestecându-l în proporții egale cu lichidul conservat (1 : 1).

Desavantajul metodelor de conservare cu soluțiile saline constă în diluarea sângelui, care scade valoarea substitutivă a produsului de conservare, micșorând prin adaosul de lichide presiunea coloidosmotică și capacitatea respiratorie a acestui sânge. Este adevărat că din comparația rezultatelor obținute cu sângele citratat conservat în stare diluată și nediluată reiese că diluarea reduce într-o măsură oarecare procesul de hemoliză (*De Gowin, Harris-Plass, Aylward*, citați de *Schürch-Willenegger-Knoll*), însă un efect și mai accentuat sub acest raport poate fi obținut prin întrebuintarea altor stabilizatori, evitând diluarea sângelui (lichide gluco-citrate).

În fine, diluarea excesivă a sângelui micșorează rezistența globulelor la scuturare, ceea ce constituie un mare neajuns pentru transportul sângelui conservat (*Schürch-Willenegger-Knoll*).

2. *Lichidele de stabilizare gluco-citratate.* Stabilizatorii din această categorie, au acțiune stabilizantă și conservantă din cele mai bune, fiind întrebuintate pe scara cea mai largă. Eficacitatea lor în conservarea sângelui se datorește glucozei, care exercită o acțiune protectoare asupra globulelor roșii.

Se știe că nocivitatea și valoarea funcțională a sângelui conservat sunt condiționate în bună parte de starea globulelor roșii, sau mai precis de gradul de hemoliză a sângelui conservat, care poate fi determinat după aspectul globulelor roșii, după rezistența lor, după concentrația hemoglobinei libere în plasma sanghină și chiar cu ochiul liber, după colorația plasmei. Conservarea micșorează rezistența globulară și grăbește hemoliza.

Accentuarea hemolizei în timpul conservării ar fi favorizată de diferența de presiune coloidosmotică care există între globule și mediul înconjurător, datorită conținutului ridicat în proteine a globulei (hemoglobină) și de turburările survenite în metabolismul globulelor din cauza conservării.

Rolul hotărîtor al presiunii coloidosmotice în menținerea rezistenței globulare a fost relevat de *Weidenreich*, care a căutat

să completeze serul fiziologic, în care făcea conservarea globulelor, prin adăugare de diferite substanțe coloidale (gelatină, agar, amidon), fără să fi ajuns la un rezultat satisfăcător. Rezultate mult mai bune au fost obținute de *Rous-Tourner* prin întrebuintarea soluțiilor izotonice de zaharoză (10,3%) și glucoză (5,4%). Acțiunea favorabilă a zaharului a fost confirmată ulterior de majoritatea autorilor care s'au ocupat cu problema conservării sângelui (*Bagdasarov, Duran, Jorda, Sammartino și alții*).

Trebue să menționăm în special cercetările experimentale ale lui *Maizels-Whittaker* și *Willbrand*, cari au studiat influența glucozei asupra rezistenței globulare prin măsurarea volumului globular, arătând că glucoza în concentrație de 1% reduce de 10 ori intensitatea proceselor hemolitice. Glucoza mărește rezistența globulară și împotriva acțiunii nefaste a căldurii și a scuturării (*Gowin, Harris-Plass, Doepp*, citați de *Schürch*).

După *Maizels* și *Whittaker*, acțiunea protectoare a glucozei s'ar explica prin compensarea diferenței de presiune care există între globule și lichidul de suspensie.

După *Willbrand*, efectul conservant al glucozei s'ar explica printr'un mecanism fizic și biologic complex. Glucoza ar impregna pe de o parte membrana globulară micșorând permeabilitatea ei, iar pe de altă parte ar întreține metabolismul globular — caracterizat prin glycoliza aerobă și anaerobă — împiedecând prin aceasta denaturarea membranei globulare și creșterea consecutivă a permeabilității.

În ce privește concentrația glucozei necesară pentru obținerea efectului conservant maximal, cercetările lui *Willbrand* și *Schilling* au arătat că acest efect poate fi realizat pe lângă concentrația finală de 1—2%.

Compoziția lichidelor gluco-citratate variază după autori. Cei mai mulți autori întrebuintează pentru conservarea sângelui lichidele stabilizante în care concentrația inițială a glucozei variază între 3—6%.

Cele mai bine cunoscute și experimentate sunt soluțiile gluco-citratate ale lui *Duran-Jorda, Robertson-Rous-Tourner* și soluția autorilor elvețieni din *Winterthur*.

Soluția lui Duran-Jorda: citrat de sodiu 4% 10 cc.
glucoză 1 gr.

Se adaogă în cantități de 10 cc. de soluție și 1 gr. de glucoză la 100 cc. de sânge.

Soluția lui Robertson-Rous-

Tourner: citrat de sodiu 3,8% 350 cc.
glucoză 5,4% 850 cc.

Lichidul conservant se adaogă sângelui în cantitate de 240 cc. la 100 cc. de sânge.

Soluția Winterthur: citrat de sodiu 5% 5 cc.
glucoză 20% 2 cc.

Se amestecă cu sânge în proporție de 7,5 cc. de soluție la 100 cc. sânge.

Lichidul de stabilizare întrebuințat la Centrul de Transfuzie din Sibiu.

Lichidul stabilizant și conservant utilizat de noi este un amestec gluco-citratat compus din soluție de citrat de sodiu 30% (soluția I) și soluție de glucoză 40% (soluția II).

Citratul de sodiu (soluția I) se prepară dizolvând 30 gr. de substanță chimică pură (Natrium citricum neutrale Merck) în 80 cc. de apă bidistilată. Amestecul se încălzește ușor, se filtrează prin hârtie de filtru (Schleicher-Schull, Schwarzband Nr. 589), se completează până la 100 cc. cu apă bidistilată și se sterilizează timp de 30 minute în autoclav la temperatura de 100° C. Sterilizarea se repetă de 2 ori la interval de 24 ore.

Glucoza (soluția II) se prepară amestecând 40 gr. de substanță pură (Sacharum amylaceum puriss. anhydricum, pro infusione, Merck) cu 80 cc. de apă bidistilată încălzită în prealabil la 50–60° C. până la dizolvarea completă a substanței, se filtrează prin hârtie de filtru (Schleicher-Schull, Schwarzband 589), se completează cu apă bidistilată până la 100 cc. și se sterilizează în autoclav timp de 30 minute la 100° C. de două ori la interval de 24 ore. Soluțiile I și II sunt utilizabile timp de 2 săptămâni. E de remarcat că sterilizarea repetată produce uneori caramelizarea substanțelor. Soluțiile alterate prin sterilizare au o culoare gălbui și nu pot fi întrebuințate pentru conservarea sângelui.

Lichidul de conservare se prepară înainte de întrebuințare, amestecând 3 părți din soluția I cu 4 părți din soluția II. Tratarea sângelui în vederea conservării se face adăugând la fiecare 100 de cc. de sânge câte 7 cc. din amestecul conservant. Concentrația finală a glucozei și a citratului în sângele tratat cu lichidul nostru conservant este de 0,84 gr. % pentru citrat și de 1,5 gr. % pentru glucoză, fiind apropiată de cea

optimală. Diluarea sângelui prin adăugarea substanței conservante este minimală.

În concluzie se poate spune că soluțiile gluco-citratate reprezintă unul din cele mai eficace mijloace de stabilizare și conservare a sângelui. Criticile care s-au adus metodei de conservare cu glucoză nu sunt întemeiate.

Faptul că glucoza, constituind un mediu prielnic pentru dezvoltarea microbilor, ușurează infectarea sângelui nu constituie un inconvenient de neînlăturat.

Întrădevăr, analizele bacteriologice făcute sângelui conservat cu glucoză la Centrul din Sibiu au arătat că infectarea sângelui poate fi evitată prin recoltarea și manipularea riguros aseptice a sângelui.¹⁾ Astfel infectarea sângelui s'a observat numai în cazuri rare cum ar fi, de ex. cazul fiolelor și flacoanelor cari din nebagare de seamă n'au fost închise hermetic, sau cazul în care gura vasului în care se făcea recoltarea s'a sprijinit din greșeală de pielea donatorului.

De asemenea și constatările unor autori (*Bagdasarov*), după care sângele conservat cu lichidele gluco-citratate se acidifică cu timpul din cauza acumulării acidului lactic rezultat din descompunerea glucozei, n'au putut fi confirmate.

Din cercetările făcute de noi, prin măsurarea electrometrică a pH-ului rezultă că reacția sângelui în timpul conservării devine din ce în ce mai puțin acidoasă, însă nu trece de partea acidă.

γ) *Stabilizatoare speciale.* „Novotrans”-ul și „Sangostat”-ul sunt stabilizatoare puțin utilizate. Ele transformă hemoglobina în sulf — și methemoglobină și în general scad foarte mult valoarea biologică a sângelui conservat.

¹⁾ Imi fac o plăcută datorie de a exprima și pe această cale mulțumirile mele D-lui Prof. I. Moldovanu, Directorul Institutului de Higienă unde s'au executat unele probe bacteriologice.

(Continuare în numărul viitor).

Hematomieli a frigore, și hematomielii spontane

de

Prof. Dr. C. I. Urechia

și

Dr. T. Dragomir și Dr. I. Dragomir

Hematomiella e un sindrom relativ rar, care ține la cauze multiple. Rolul frigului și al băilor foarte reci în special, e prea puțin cunoscut. Posedăm în literatură numai câteva cazuri de hematomielle în urma expunerii la un frig însemnat, sau câteva reproduceri experimentale a sindromului prin refrigerări mai mult sau

mai puțin întinse. Mecanismul întâlnit de noi, prin imersiunea în apă foarte rece, nu l-am găsit semnalat decât acum recent într'un articol german ce nu l-am mai putut apoi regăsi. Hematomiella spontană, constituie de asemenea un mecanism cu totul excepțional din care poate nu se cunosc decât 7–10 cazuri în literatură.

I. *Hoc. Remus*: 18 ani; părinții sunt sănătoși; are 5 frați sănătoși; unul a murit de o boală necunoscută; neagă boli neuro-mintale în familie. Născut la termen, a fost sănătos și n'a avut nicio boală infecțioasă afară de mici răceli; până la etatea de 15 ani, a avut de multe ori cefalee; neagă bolile venerice și raporturile sexuale. De 7 luni s'a angajat ca voluntar în armată. Având o permisie de câteva zile, s'a dus să ia o baie într'un râu de munte, unde apa era foarte rece; a intrat în apă până la gât, dar apa era atât de rece încât atât el cât și prietenii cu cari a intrat, au trebuit să iasă după câteva minute; s'a îmbrăcat repede și a fugit câteva sute de metri ca să se încălzească. Cam la 5-6 ore dela această baie, când a voit să-și desfacă ghețele ca să se culce, a simțit brusc o durere foarte puternică în regiunea lombară stângă. Durerea era atât de mare încât a trebuit să fie desbrăcat de părinți și așezat în pat. În pat nu putea sta decât în decubit dorsal, căci mișcările îi produceau dureri. În dimineața următoare durerile erau foarte puternice și din cauza lor nu se putea apleca; mersul era foarte dificil și trebuia să fie ajutat de alții. A făcut efortul de a se duce la unitate ajutat de 2 camarazi, și a 3-a zi membrele sale inferioare erau paralizate și nu se putea ține pe picioare; a făcut o retenție urinară, și avea dureri vii pe partea posterioară a membrilor inferioare. A fost dus la spitalul militar și de acolo transpus la clinica noastră în ziua de 10 August 1942. În timpul de câteva zile cât a stat în spitalul militar s'a produs deja o ameliorare ușoară; încât durerile au dispărut și a început a executa ușoare mișcări cu membrele inferioare, ameliorarea fiind mai însemnată de partea stângă.

Examinând bolnavul se constată: mersul se face cu dificultate ajutat de 2 persoane, mersul fiind paraparetic; în timpul mersului se observă o lipsă de forță la nivelul genunchilor, care se indolesc de îndată ce nu e suficient susținut de subțiori; la piciorul drept se remarcă un ușor stepaj, iar pareza e mai însemnată ca la stângul.

Cu membrul inferior stâng în poziție culcată execută toate mișcările, dar cu greutate și cu amplitudine redusă.

Cu membrul inferior drept nu poate executa nicio mișcare din articulația tibio-tarsiană, iar mișcările de flexiune și extensiune ale degetelor sunt abea schițate; restul mișcărilor active se execută cu o amplitudine mai mică decât de partea opusă. Forța musculară la membrele inferioare e foarte redusă; mai ales de partea dreaptă. Tonusul muscular e mult diminuat, mai ales la nivelul gambelor. Mișcările pasive sunt libere. Circonferența în treimea mijlocie a gambelor e de 30 cm. la dreapta și 30,5 la stânga.

Din partea membrilor superioare nu se observă nicio turburare motrice; forța dinamometrică e de 100 și de 90. Lichidul cefalo-rachidian e xantocromatic; la examenul chimic o albuminose însemnată. Microscopic multe eritrocite.

Urina nu conține albumină sau zahăr.

Reacția Bordet-Wassermann e negativă în sânge și în lichid. Nu are febră.

Reflexele osteo-tendinoase sunt păstrate la membrele superioare; la membrele inferioare patelarele și achilienele abolite; medio-pubianul păstrat. Reflexele cutanate abdominale și cremasterice sunt păstrate; reflexul plantar stâng abolit, cel drept normal.

La examinarea sensibilității se constată o anestezie dureroasă și o hipoestezie tactilă în regiunea perineală, dela al IV-lea segment sacrat în jos și aceasta numai de partea dreaptă; sensibilitatea vibratorie și simțul articular sunt păstrate.

La examenul uro-genital se constată: retenție urinară și dispariția erecției. Constipație însemnată. Pupilele sunt egale cu reacțiunile la lumină și acomodatie conservate. — Nimic anormal la cord, pulmoni, ficat, splină, rinichi. Bolnavul acuză cefalee și insomnie.

21. VIII. Dimineața a urinat spontan; seara însă a trebuit să fie sondat.

23. VII. Sfincterele funcționează normal; poate merge cu greutate făcând câțiva pași cu baza de sustentatie lărgită și cu un ușor stepaj la dreapta.

25. VIII. Forța motrice s'a ameliorat; la dreapta pareza e mai însemnată ca la stânga; flexorii sunt mai slabi decât extensorii; turburările de sensibilitate au dispărut.

5. IX. Stațiunea bipedă e posibilă fără sprijin; o ușoară hipotonie în articulațiile genunchiului de ambele părți: în mers oscilează și cade cu ușurință la cel mai mic obstacol. În mers ține membrul inferior drept în rotațiune externă; flexiunea coapsei pe basin se face incomplet; flexiunea gambei pe coapsă e limitată; flexiunea nu se poate face în articulația tibio-tarsiană, pașii sunt de mică amplitudine.

Motilitatea activă; în poziție horizontală, poate ridica membrul inferior drept până la 60 cm. dela nivelul patului, la care nivel nu se poate menține decât puțină vreme. Membrul inferior stâng se ridică ceva mai mult și-l poate menține mai multă vreme. Abducțiunea coapselor se face până la limita normală, cu forță însă diminuată mai ales de partea stângă. Flexiunea gambelor se face în limite normale, de asemenea și extensiunea; forța musculară e însă diminuată; flexiunea se face cu mai puțină forță. În articulația tibio-tarsiană dreaptă flexiunea și extensiunea sunt limitate; mișcările degetelor de partea dreaptă sunt foarte limitate, în timp ce de partea stângă ele se fac normale.

La mișcările pasive se constată de partea dreaptă o ușoară hipotonie.

Semnul lui Lasègue e bilateral și mai pronunțat de partea dreaptă. Tonusul mușchilor fesieri de partea dreaptă e redus.

Reflexele tendinoase și reflexul plantar se produc foarte slab. Reflexele abdominale sunt normale.

Mușchii nu prezintă reacție de degenerescență.

17. IX. Reflexele patelare și achiliene sunt abolite. Gordon pozitiv, Schaeffer negativ, reflexul fesier drept mai slab decât cel stâng. Reflexele tibio-femorale și peroneo-femorale sunt abolite. Reflexele medio-pubian, abdominale, cremasteriene, sunt normale; flexiunea dorsală a piciorului drept e mai slabă decât extensiunea. La piciorul stâng atât mișcările de flexiune, cât și cele de extensiune au o forță aproape normală. De partea dreaptă flexiunea e slăbită în articulația coxo-femorală. Coloana dorsală e dureroasă la presiune; mușchii lombari nu sunt sensibili la palpare. Punctele fesiere ale șciaticului sunt dureroase la presiune de ambele părți. O foarte ușoară ipoalgezie în regiunea fesieră dreaptă. La mușchii fesieri drepti se constată o reacție de degenerescență incompletă. Erecțiunea se produce, dar încă nu completă și de scurtă durată.

La mers se observă un ușor stepaj de partea dreaptă și un mers paretic cu piciorul stâng. În punțiunea lombară albuminoza intens pozitivă. Limfocitoza moderată: 7 pe mmc., coloiala negativă.

19. IX. Se poate ține în picioare destul de bine; din când în când însă genunchiul drept se flectează și riscă să-și piardă echilibrul. Stațiunea pe piciorul drept e imposibilă, deoarece se produce de îndată o cedare a genunchiului. Pe piciorul stâng se poate menține ceva mai mult. În mers se constată o pareză a membrului inferior drept cu care face pași mai mici; cu acest membru el pășeste ținându-l în rotațiune externă, iar când greutatea corpului se lasă pe acest picior, el face o extensiune bruscă în articulația genunchiului și concomitent a basinelui spre dreapta. Când stă culcat, bolnavul poate ridica ambele picioare, cel stâng mai bine ca cel drept; de acea parte după câteva mișcări se obosește și nu le mai poate executa. Abducțiunea coapsei de partea dreaptă e încă limitată; mișcările articulației tibio-tarsiene sunt limitate. Mușchii fesieri drepti precum și mușchiul quadriceps au tonusul mai slăbit ca cei din partea opusă. Semnul lui Lasègue se constată de ambele părți.

Ipertensiune, Arterioscleroză

Gouttes Hypotensives Fraisse

Compoziție: Extract moale de vâsc alb, Nitrit de Sodiu, Zahăr, Apă distilată, Alcool 90°.

Contra sifilisului

Iodo-Bismuthat de Quinine Fraisse

Fiole a 0.20, 0.30

Compoziție: Iodo-Bismuthat de Chinină, Ulei de Olive.

Agent curativ al elementului durere. Sciatică, lumbago, dureri precordiale, angor pectoris

Camphro-Salyil Fraisse

Fiole

Compoziție: Salicilat de Benzyl, Camforă, Ulei de Olive.

Infecțiuni microbiene și contra Tuberculozei

Injection Immunisante Fraisse

Fiole

Compoziție: Cinamat de Benzyl, Colesterină, Camforă, Ulei de Olive.

Specific al adinamiei, neurasteniei, stimulant al celulei nervoase

Serum Nevrostenique Fraisse

Fiole

Compoziție: Cacodilat de strychnină, Acid cacodilic, Glycerofosfat de sodiu.

Constipație, atonie intestinală

Fructose Vichy

Pastile

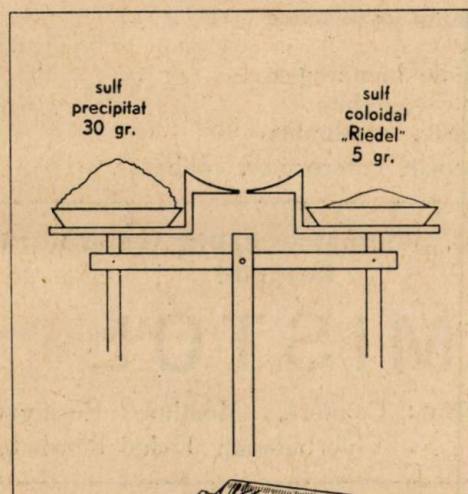
Compoziție: Dihydroxyphthalophenon, Zaharosă pură, Ulei eteric de Citrus aurantium, Exudat de Astragalus verus, Steatită pură.

La farmacii și drogerii

Depozit permanent: „Drogueria Standard“ S. A. R. București I., Str. Sf. Ionică 8

CATAMIN

conține **SULF COLOIDAL**



Grație concentrației mici se evită iritațiunile.

Ațiunea puternică este asigurată prin dispersiunea în particule mici.

Indicațiuni:

Scabie
Pitiriază
Eczeme
Prurigo
Intertrigo
Acnee

Forme de prezentare: Tuburi de 30 și 55 gr.

J. D. RIEDEL E. de HAËN, A.-G. BERLIN-BRITZ

Reprezentant pentru România: **RUDOLF FOREK**

București III, Str. G-ral Eremia Grigorescu, 6

Sanatoriul St. Blasien

Altitudine 800 m.



Prospecte ilustrate gratuite.

Condițiuni climatice favorabile.

Climat curativ special.

Stabilimentul particular cel mai înalt
situat din Germania pentru

bolnavi de plămâni

într-o poziție privilegiată în regiunea sudică a
pădurii Schwarzwald.

COSTUL TRATAMENTULUI:

în camere pt. două persoane dela RM 9

în camere pentru o persoană dela RM 11

Medic Șef: **Profesor Dr. A. Bacmeister**

Medic Conducător: **Dr. A. Emmeler**

Chirurg

SANATORIUL ST. BLASIEN

Südl. Bad. Hochschwarzwald

Bahnstation Seebrugg (Deutschland)

IMMUNIZOLS GRÉMY

Fiole Nr. 13. Astm, Astm de fân, accidente anafilactice

" " 15. Dermatoze.

" " 18. Uretrite și toate complicațiile blenoragice

" " 41. Metrite, salpingite, perimetrite, flebite

" " 50. Otite, sinusite, rinofaringite, mastoidite

Compoziție: Culturi microbiene, antivirusuri, stafilococic, enterococic, colibacili.

Tratamentul rațional al constipației. restabilirea activității naturale a intestinului

NUJOL

Compoziție: Ulei de parafină chimic pur liber de metale și viscozitate fiziologică.

Varice, flebite, emoroizi, sistemul nervos periferic, analgezic al durerilor emoroidale

Solution d'Intrait de Marron d'Inde

Compoziție: Intrait de Marron d'Inde.

Guturai, inflamațiile căilor respiratorii, faringite

MISTOL

Compoziție: Camforă, Menthol, Eucalyptol, Chlorbutanol, Lichid Petrolatum.

Turburări climacterice, normalizarea menstruației, bufeuri, migrene, obezitate, acrocyanoză, insuficiență ovariană

OCREINE GRÉMY

Pilule, Fiole

Compoziție: Extr. purificat și stabilizat de corp galben din ovar

La farmacii și droguerii

Depozit permanent: „Drogueria Standard” S. A. R. București I., Str. Sf. Ionică 8

În ce privește forța musculară se constată că flexorii gambei drepte sunt și acum mai slabi decât cei de partea opusă, care au o forță aproape normală. Același lucru se constată la flexorii dorsali și plantari ai piciorului drept, precum și la toate celelalte segmente ale membrului inferior drept. Trunchiul sciatic nu mai este sensibil la presiune.

La controlul reflexelor se constată că reflexul tibio-femoral și peroneo-femoral stâng, sunt abolite de ambele părți. Reflexul achilian e slăbit de ambele părți. Reflexul plantar e abolit. Celelalte reflexe sunt normale. Sensibilitatea e normală. Sfincterele funcționează normal.

La insistența sa bolnavul e lăsat acasă.

II. *Moh. Traian*: 22 ani; fără stare nervoasă în familie; neagă bolile venerice și alcoolismul; a fost totdeauna sănătos.

În luna Iulie, după un marș îndelungat, fiind foarte obosit, se vâra ca să facă baie, împreună cu alți camarazi, într'un râu de munte foarte rece. La câteva minute după ce intră în baie se simte paralizat și ne mai putând face nicio mișcare cade la fund. Camarazii săi îl scot din apă, și-l duc la cazarmă; bolnavul nu mai putea face nicio mișcare cu membrele inferioare și superioare, avea retenție urinară și timp de 3 zile a avut febră în jurul lui 39°. După 3 zile a început să facă câteva mișcări foarte limitate. După două săptămâni a fost trimis în clinica noastră.

La intrarea în clinică bolnavul e foarte slăbit, incontinent de urină și materii, și prezintă o escară în regiunea sacrată. Nimic anormal la cord, pulmonii, rinichi, ficat, splină; tensiunea arterială 11—7; Reflexele tendinoase sunt păstrate la membrele superioare și diminuate la membrele inferioare; reflexul medio-pubian e abea perceptibil. Reflexele cutanate, abdominale și cremasteriene sunt abolite; reflexul plantar e abolit. Semnele lui Babinski, Mendel-Bechterew, Rossolimo, sunt absente. La membrele inferioare se constată reflexe de apărare.

Mișcările pasive sunt libere în toate articulațiile. La mișcările active se constată că mișcările degetelor sunt abolite și că ele conservă o atitudine de ușoară flexiune în palmă. Celelalte mișcări ale membrilor superioare sunt libere, însă forța musculară e mult diminuată. Cu membrele inferioare nu poate executa decât câteva mișcări neînsemnate de flexiune. Sensibilitatea tactilă este conservată; sensibilitatea dureroasă e diminuată până la nivelul dorsalei IX; sensibilitatea termică e diminuată; sensibilitatea profundă e conservată. La membrele superioare sensibilitatea dureroasă e diminuată la nivelul degetelor.

În lichidul spinal care e xantocromatic, albuminoză. Celelalte reacțiuni sunt negative. O lună mai târziu escara e vindecată. Reflexele tendinoase atât la membrele superioare cât și la cele inferioare sunt exagerate, cu clonusul rotulei și a piciorului; reflexul medio-pubian e normal; reflex contra-lateral al adductorilor; clonus fesier inepuizabil. Semnele lui Babinski, Mendel-Bechterew, Rossolimo, sunt pozitive. Sensibilitatea e intactă. În ce privește motricitatea se constată că la membrele superioare cele trei prime degete pot executa oarecari mișcări; la membrele inferioare forța musculară e în mare parte revenită; bolnavul poate executa toate mișcările și poate merge cu dificultate; mersul e spastico-paretic; mușchii flexori sunt mai slabi decât extensorii. După alte două luni: reflexele cremasteriene sunt slabe; reflexele abdominale mijlocii și inferioare sunt abolite; reflexele tendinoase sunt încă și mai vii, și paraplegia spastică e mai sporită. Forța musculară și mișcările dela membrele superioare s'au ameliorat, bolnavul putându-se servi foarte bine de mâini; ușoară atrofie a mușchilor mâinii; incontinența a dispărut complet. Ameliorațiunea pare a se fi oprit, căci de șase luni ea se menține fără nicio modificare în această situațiune.

După cum vedem în ambele cazuri e vorba de indivizi tineri, care în urma unor băi reci, unul din ei fiind și foarte încălzit, fac o hematomelie.

Cum acești tineri nu prezentau nicio altă afecțiune sau turburare, care să ne explice hematomeliile, și cum hematomeliile a apărut imediat după îmersul în apă foarte rece, reiese că ea nu poate fi atribuită decât acestui șoc rece, când a intervenit o vasoconstricțiune superficială și o congestiune însemnată la interior, inclusiv la nivelul măduvei.

Acest mecanism e cu totul excepțional în hematomeliile și nu l-am găsit semnalat decât de Binet, și de Achard et Thiers. Hochhaus a putut reproduce faptul experimental. Acest din urmă autor a putut produce la epuri paraliză membrilor posterioare, a căror membre inferioare fuseseră supuse unei refrigerațiuni intense cu ajutorul acidului carbonic lichid; autopsia acestor animale a arătat însemnate emoragii localizate mai cu seamă în coarnele posterioare ale măduvei. Achard și Thiers au comunicat cazul unui individ ce fiind la vânătoare în Rusia, a fost surprins de o intensă scoborire de temperatură; individul fiind ușor îmbrăcat a făcut o paraplegie cu rachialgie însemnată.

Printr'un mecanism asemănător aproplat de frig, poate acționa căldura; și după insolație sau după așezul coup de chaleur sau Hitzschlag, putem constata melite și paraplegii localizate mai cu seamă în regiunea lombosacrată și datorite la o congestiune foarte însemnată sau la micile hemoragii,

Acete cazuri atât de evidente, în ce privește raportul de cauză la efect, ne îndreptăesc ca în etiologia hematomeliilor să rezervăm un cadru și hematomeliilor de frigore, sau încă și mai precis hematomeliilor prin îmbălărea în ape prea reci. Deși cu totul rare, aceste cazuri trebuie să ne determine a atrage atenția asupra pericolului ce există de a se face băi prea reci, mai ales când suntem încălzii și obosiți, cum se poate întâmpla la soldați după marșuri în căldură.

III. *Sa. Nicolae*: 21 ani; bacalaureat; în antecedentele ereditare, tatăl care era etilic s'a sinucis. Născut la termen și normal. Între 6 și 7 ani amigdalită de câteva ori; n'a avut nicio boală contagioasă; n'a avut sifilis, nu are vre-o diateză hemoragică, n'a suferit de vre-un traumatism. Cu doi ani înainte o blenoragie, care s'a vindecat complet. În ziua de 6 Iunie 1942 pe când se afla la o masă în grădină cu un grup de prieteni, fără să se fi obosit, să fi făcut vre-un efort, să fi stat în soare sau căldură prea mare, simte în mod subit o durere puternică la nivelul epigastriei; durerea era atât de mare, încât i s'a tăiat și respirația. După o jumătate de oră, durerea s'a mai ameliorat puțin, și începe să respire mai liber; se duce în casă, dar picioarele îi sunt slabe, nu-l mai țin bine și merge cu greutate, trăgând piciorul stâng; durerile în schimb au dispărut. Se culcă în pat, iar a doua zi când se scoală observă că piciorul stâng este complet paralizat, iar sensibilitatea aceluia picior era abolită; piciorul drept era paretic și nu putea face cu el decât mișcări limitate. Primele patru zile a avut și micțiuni imperioase, trebuind să urineze de îndată ce simțea nevoia, căci altfel nu se putea reține. După 11 zile, simptomele de paraplegie încep a se ameliora, și bolnavul ajunge după alte 10 zile să poată merge aproape singur, deși încă cu dificultate.

Puncțiunea făcută la cinci zile dela accident a arătat un lichid xantocromatic, cu ușoară albuminoză. În sânge și lichid B. W. negativ.

În ziua de 3 VII. 1942, bolnavul intră în clinica noastră.

În afară de afecțiunea sa spinală, nu se constată nimic anormal la celelalte organe.

Pupilele și globii oculari nu prezintă nimic anormal

Reflexele osteo-tendinoase: se produc egal și normal la ambele membre superioare. La membrele inferioare patelarul stâng este exagerat, achilianul stâng e viu și trepidant, clonus epuizabil al rotulei și al piciorului.

Reflexe cutanate: abdominale și cremateriene stângi abolite.

Reflexele cutanate plantare sunt abolite; semnele lui Babinski, Oppenheim Mendel-Bechterew sunt negative; semnul lui Rossolimo e pozitiv la piciorul stâng

Mișcările pasive sunt libere în toate segmentele.

Mișcările active ale membrului inferior stâng se produc incomplet; mișcările sunt mai cu seamă limitate, la picior și la mâini.

Tonusul muscular la membrul inferior stâng e mai mic cu 1 și 2 cm. comparativ cu cel drept.

Forța musculară la membrul inferior stâng e diminuată

În timpul mersului se remarcă o scolioză dorso-lombară dreaptă; iar membrul inferior stâng e paretic.

Sensibilitatea prezintă o turburare cu caracterul celei din sindromul lui Brown-Séquard; sensibilitățile vibratorie, musculară, articulară, stereognostică, sunt păstrate; turburările de sensibilitate ce interesează membrul inferior drept se ridică până la nivelul D. 5. În stânga turburările de sensibilitate interesează numai regiunea toraco-abdominală. După un tratament simptomatic bolnavul părăsește clinica după trei luni, aproape vindecat.

În acest caz e prin urmare vorba de un caz de hematomielle, ce a survenit subit fără nicio cauză apreciabilă. Aceste hematomielle spontane sunt extrem de rare. Oppenheim le semnalează în tratatul său. Dèjerine n'a întâlnit în bogata sa carieră decât 5—6 cazuri. — Chiray et Șerbănescu publică un caz de hematomielle spontană (în 1929), cu care ocazie dăruiește mai multe cazuri ale lui Gonnet și ale lui Delbœke. De sigur că aceste

hematomielle spontane, trebuie să aibă o cauză, dar în toate aceste cazuri investigațiile noastre rămânând infructuoase, le etichetăm de spontane sau esențiale.

(CLINICA NEURO-PSIHICĂ CLUJ-SIBIU).

RESUMÉ

Hématomyelie à frigore et hématomyelie spontane

Deux cas de hématomyelie survenue à la suite d'un bain dans de l'eau très froide. On n'en possède que trop peu de cas dans la littérature, et leur rapport avec le froid paraît discutable. Dans ces deux cas, le rapport entre le bain froid et l'hématomyelie chez des jeunes hommes et sans aucune autre cause, est indéniable. Nous proposons de distinguer une hématomyelie à frigore, et nous attirons l'attention sur le danger des bains froids, et surtout chez des individus échauffés et fatigués.

2. Une hématomyelie s'est produite chez un jeune homme, sans aucune cause appréciable; ce cas constitue une de ces hématomyelies essentielles ou spontanées.

ZUSAMMENFASSUNG

Spontane und durch Kälte verursachte Hämatomyelie

1. Zwei Fälle von Hämatomyelie die von einem sehr kalten Bade ausgelöst wurden. Im Schrifttum sind nur sehr wenige derartige Fälle bekannt und der Zusammenhang mit der Kälte schien zweifelhaft. In diesen zwei Fällen ist der Zusammenhang — bei zwei jungen Leuten — ganz ausser Zweifel. Es wird vorgeschlagen eine Hämatomyelie à frigore als selbständige Krankheit anzunehmen und vor zu kalten Bädern bei Erhitzung und ermüdeten Leuten zu warnen.

2. In einem anderen Falle stellte sich die Hämatomyelie bei einem jungen Manne ohne nachweisbare Ursache ein und wurde als ein — übrigens sehr seltener — Fall von spontaner Hämatomyelie, betrachtet.

Abces cerebral metastatic de origină otică

de

Dr. Tomescu Teodosie

medic de nas-gât-urechi

Complicațiile intra-craniene, de origină otică, sunt des întâlnite în cursul acestor supurațiuni; printre acestea abcesul cerebral e destul de bine reprezentat, fiind de trei ori mai frecvent, decât cel cerebelos.

Întâlnit mai des în otitele medii supurate cronice, reîncălzite, ca o consecință a propagării spre encefal a procesului supurativ otitic, singur, sau întovărit de colestatom, abcesul cerebral se întâlnește și în otitele medii acute, deși mai rar, rezultând din trecerea infecțiunii prin, sau peste barajul meningeal, cu sau fără participarea inflamatorie a acestora.

O scurtă revenire, privind patogenia, anatomia patologică și formele clinice, o socotesc necesară, deși sunt în deoște cunoscute.

Din punct de vedere patogenetic, pentru realizarea unui abces cerebral, infecțiunea urmează diverse căi: unele din ele în legătură cu constituția anatomică — scheletică (dehiscențe, lamă osoasă subțire), altele în legătură cu sediul leziunilor destructive (pe plafonul casei, aditusului și antrului, în zona celulo-sinuziană a lui Withead). Cunoaștem deci:

a) Calea anatomică preexistentă, realizată de dehiscențele pereților superiori;

b) Calea vasculară: venoasă, cea mai importantă;

c) Calea labirintică foarte rară, este urmată numai atunci, când s'a realizat o leziune a canalului semicircular ant.-sagitt.;

d) Calea directă, cea mai des întâlnită, realizată de un proces distructiv de ostelă, fixat pe plafonul aticel sau antrului, prin crearea unei soluții de continuitate și formarea de leziuni intermediare — pachimeningite, encefalite interstițiale — până la realizarea abcesului cerebral.

Anatomo-patologic, abcesul este solitar, dacă sunt mai mulți, unul din ei e principal, celelalte sunt secundare, diverticuli ai celui principal. Ca sediul sunt aproape de leziunea, care le-a dat naștere, conform legii lui Körner; contrar acestei legi, întâlnim abcese distanțate de focarul primar, fără leziuni intermediare, chiar și în emisferul opus; acestea sunt abcesele metastatice produse pe cale venoasă, prin embolii. Abcesele vechi au o capsulă fibroasă, ceea ce denotă că țesutul a avut timp să reacționeze, acesta ne reprezentând semne inflamatorii vizibile macroscopic — encefalită interstițială.

Ca forme clinice avem: cronice, cu mers lent și acute, cu mers rapid.

Socotesc că observațiunea ce urmează poate prezenta un interes teoretic și practic. Teoretic pentru că arată una din căile pe care agenții septici, venind din ureche și din cavitățile anexe, o urmează, pentru a ajunge în substanța cerebrală; debutul și evoluția fiind în concordanță cu această propagare; Interesul practic decurge din învățămintele trase, relativ la selecționarea simptomelor, la interpretarea lor, pentru stabilirea unui diagnostic clinic și a unei conduite terapeutice.

Observațiunea privește un bolnav licențiat, în vârstă de 25 ani, care intră în serviciu pentru o scurgere violentă, mucopurulentă, din urechea stângă, care datează de trei săptămâni, complicată de mastoidită. Imediat se face antrotomia. Mastoida e de tip pneumatic, antrul și celulele pline de puroi; se îndepărtează țesutul osos interesat, se examinează plaga pentru a nu lăsa nimic necercetat, unde ar putea sălăslui vreun proces osteitic și se drenează suficient. Peretele superior — tegmenul — nu prezenta nicio fisură, sau soluție de continuitate care să conducă spre dură. Se face sutură parțială și pansament.

În primele patru zile temp. scade la 37,5, pulsul în raport cu aceasta, scurgerea purulentă a diminuat cantitativ, calitativ nu s'a schimbat, starea generală merge spre bine, dând impresia unui mers favorabil; pansamente zilnice.

În ziua a opta, fără niciun motiv aparent, temperatura se urcă la 38,0, local stare staționară; în a noua și a zecea zi intră în scenă simptome cu totul noi. Bolnavul prezintă o mare schimbare în atitudine, pare absent, temp. se urcă la 39,0, pulsul e în scădere — 70', — pare obnubilat; este greoi în răspunsuri, în ziua următoare funcțiunile de relație sunt mai interesate, are întârzieri în răspuns, găsește cu greu cuvintele de exprimare, are dificultate în a forma o idee; păstrează cunoștința celor din jur, acuză cefalee intensă și profundă, extinsă la toată regiunea cra-

niană stângă — hemicranie, — ușoară constipație și o stare pre-vomală; celelalte funcțiuni sunt normale.

La examen, conductul auditiv conține o cantitate minimă de puroi, cu aceleași caractere ca mai înainte, plaga mastoidiană staționară, puroi în cantitate mică. Prezintă ușoare modificări ale reflexelor tendinoase, care sunt mai accentuate, cele cutanate normale; fundul de ochi nu arată stază; din partea labirintului, nu se constată nimic anormal — nistagm spontan; vertij sau tulburări de echilibru; — nu prezintă contracturi și nici pareze, nimic din partea nervilor dela bază; de abia se pune în evidență o oarecare rigiditate a cefei și o slabă reacțiune spre Babinski; tulburările oculare lipsesc. Examenul lichidului cefalo-rachidian arată un lichid clar, aseptice, polinuclearele lipsesc; chimic albuminoză în creștere. Curba termică și pulsul scade la 47' (pe minut).

În ziua a unsprezecea tulburările psihice se accentuează, bolnavul este mult slăbit, cu faciesul infecțios, cefalea se accentuează și cu poziția capului.

În ziua douăsprezecea se reintervine pentru abces cerebral. Inspectând plaga mastoidiană, care nu prezintă niciun focar nou de osteită sau vreo soluție de continuitate în direcția care interesează, se merge dintr'odată asupra temporalului, prin incizia clasică. Meningele prezintă o slabă reacțiune inflamatorie, bombează puțin și nu prezintă bătăile sincrone. Puncția făcută în substanța cerebrală, aduce la lumină un lichid quassi-purulent. Se evacuează conținutul unui abces fixat în lobul temporo-sfenoidal stâng, pe circumvoluțiunea a doua, în 1/3 mijlocie, la 2—2½ cm. profundime, de mărimea unei nuci și solitar.

Pe cât a fost posibil s'a inspectat lama corticalei, care nu părea a fi invadată de un proces distructiv, vizibil macroscopic; în schimb pereții abcesului erau sediul unei congestii puternice; abcesul era lipsit de capsulă și pedicul cortical eferent, cel aferent neputându-se cerceta. Se lasă tub de dren și se face pansament ușor compresiv; vindecarea, în patru săptămâni, nu a fost tulburată de nicio complicație — hernie, encefalită, etc. După intervenție simptomele afazice dispar în a doua săptămână. Se vede bolnavul după 6 luni și apoi la un an și jumătate; este vindecat fără nicio sechelă, deci o vindecare definitivă.

Se desprind din această expunere complicații otice dintre care ultima, e necesar să facă obiectul unei analize.

Apariția bruscă a unui sindrom cerebral, la un otorelc acut, după antrotomie, care constă în câteva simptome cardinale:

a) Temperatură care se ridică — 39°, pulsul în discordanță (bradycardie).

b) Tulburări psihice cu absența delirului, prezența afaziei senzoriale tip Vernicke (surditate și cecitate verbală).

c) Absența fenomenelor meningeale cu stări convulsive generale sau parțiale.

d) Lipsa altor fenomene de localizare: monoplegii, hemiplegii, crize epileptiforme — Bravals-Jackson — reflexe tendinoase exagerate, etc.; se constată deci o sărie în simptome meningeale și benignitatea celor existente, față de manifestările de ordin cerebral destul de evidente și acute. Reținem ca pozitive și de mare valoare pentru diagnostic: focarul primar infecțios, raportul inversat între temperatură și puls, cefalea profundă continuă și exagerată cu poziția capului; cât pri-

vește tulburările psihice, valoarea lor este relativă după cum se va vedea din expunerea motivelor.

S'au observat meningite septice, care pot complica o otoree cu apariția fenomenelor psihice, constând din un delir violent, bolnavul fiind animat de mișcări și vorbă multă; dar s'au întâlnit și forme cu delir calm, când bolnavul era deprimat, ca în cazul expus, mai puțin delirul care lipsea aici. Tulburările psihice când se constată au o valoare relativă în cazul abcesului cerebral.

Rămâne afazia senzorială, care fiind un simptom de localizare, bine precizat, ar părea dela prima vedere, că este patognomonic pentru abcesul cerebral. „Niciun simptom de localizare nu este atât de valabil ca sindromul afazic, fie că este vorba de o afazie motorică tip Broca, cu leziuni în lobul frontal, sau de o afazie senzorială tip Kernicke, cu leziuni în lobul temporo-sfenoidal stg. Această afazie, împreună cu apariția altor semne de dezvoltare al unor complicații intracraniene, ne face să îndreptăm diagnosticul nostru spre un abces cerebral” — R. Gaillard.

Totuși, clinica și experiența au dovedit valoarea relativă a acestui sindrom. — Körner semnalează câteva cazuri de abcese extradurale la copii, însoțite de afazii, unde nu a găsit leziuni macroscopice intra-durale, care să explice aceste simptome afazice; Lemaitre și Aubin comunică prezența unui abces extra-dural la adult, însoțit de afazie și agrafie, fără a avea abces cerebral; Worms și Ramadier, prin mastoidectomie, observă cedarea unei afazii; Gaillard comunică un caz de afazie intensă, cu cefalee pronunțată, reflexe tendințoase puțin accentuate, puls bradicard, fațes toxico-infecțioase, la care punctile exploratoare au fost negative; după 6 luni bolnavul se vindecă prin simplă decompresune și tratament general adecuat. Nu era nici o îndoielă că aci a fost vorba de un fals abces cerebral de origine otică. S'au mai observat cazuri în care abcese foarte limitate s'au manifestat cu semne diferite de localizare, legate de centri îndepărtați. Cum se explică fenomenele observate, care este patogeniza lor?

Se admite că, în abcesul cerebral, cele mai multe semne, zise de localizare, sunt produse mai ales de reacțiunea inflamatorie a țesutului vecin, decât de distrucția substanței cerebrale, cum a fost în cazul expus; drenarea abcesului făcând să dispară imediat fenomenele afazice, ne rămânând nici o sechelă consecutivă. A fost vorba deci, mai mult de o inhibiție funcțională, pe bază de reacțiune, decât de o distrugere de substanță nervoasă.

Valoarea sindromului afazic, în cazul nostru, este deci relativă din punct de vedere al localizării abcesului, este absolută [din cel al presupunerii unei complicații intra-craniene, atunci când, pe lângă el, se constată și alte simptome cardinale.

La intervenția făcută pentru abces cerebral, s'a constatat o foarte slabă participare a meningelor la procesul infecțios; o reacție congestivă abia perceptibilă era în concordanță deci cu puținele simptome constatate clinic și prin laborator. Ne găsim în fața unei „meningite minime” în care fenomenele sunt abia exprimate și benigne, față de cele cerebrale evidente și foarte manifeste; este vorba în cazul nostru de o disociere. Insist asupra acestei disocieri între fenomenele meningeale și cele cerebrale care, când a fost constatate, au survenit la stabilirea diagnosticului clinic de complicație intra-cerebrală, în speță abces cerebral. Valoarea acestei disocieri din punct de vedere practic și în interesul bolnavului mai ales, este enormă. Intervenția făcută s'a adresat, în cazul nostru, direct zonei interesate cu predicție, adică regiunea temporo-sfenoidală, scutind bolnavul de traumatisme operatorii în plus.

Constatările făcute cu ocazia cranlectomiei au ridicat și problema căii de infecțiune. S'a dovedit în timpul intervenției că infecțiunea nu a folosit calea anatomică prin dehiscente sau labirintică și nici pe cea directă, prin ostetă, deoarece, niciuna din acestea, nu și-au făcut proba existenței lor, ci foarte probabil că a urmat calea vasculară — arterială sau venoasă. Asupra acestei patogeneze nu toți sunt de acord.

Eagleton opinează că „abcesul intra-cerebral, fără invadarea corticalei vizibil macroscopic, cum a fost în cazul expus, este în general datorit unei trombo-flebite retrogradă a unui vas cerebral”; Körner analizează diverse ipoteze, menționând aserțiunile lui Uffenorde, Maceven, Fremel și ajunge la concluzia că „flebita și trombo-flebita infecțioasă a sinusurilor adiacente la osul temporal, nu par a avea o mare importanță în geneza abceselor otice” și consideră ca o raritate un abces cerebral provenind din un sinus pletros superior.

Este adevărat că, prin intervenție, nu s'a putut constata starea sistemului vascular regional și deci prezența vre-unui pedicul aferent, pentru a se trage concluzie dela cauză la efect; dar, de vreme ce se poate stabili la distanță de focarul primar infecțios, fără intervenția căii vasculare un focar de ramolism roșu (encephalo-malacia rubra), care ulterior duce la formarea unei colecții purulente centrale, înconjurată de o capsulă, s'ar putea admite și această ipoteză.

În cazul citat, fenomenele complicative au apărut în ziua a 8-a completându-se până în ziua 12-a, când s'a operat; implică infecțiune și evoluție rapidă (acută), ceea ce cere o propagare microbiană în cantitate mare și repede efectuată, care nu poate fi realizată decât numai de calea vasculară.

Din punct de vedere practic reiese:

a) Apariția unor fenomene acute intra-cerebrale la un otoreic acut antrotomizat;

*Un nou tratament a
hipertensiunii cu*
Dorital
(asociație cu fel tauri)

In

Hipertensiune
esențială, arteriosclerotică
și climacterică.

Posologie:

De 3 ori pe zi 2 drageuri. După remarcarea unei
scoborâri evidente, de 3—2 ori pe zi 1 drageu.

Compoziție:

Bilă de bou depurată	0,15
Oxisulfonal	0,015
Metilbromat de atropină	0,0002
Monoformat de calciu	0,11

Flacoane cu 30, 60 și 300 drageuri.

C. F. BOEHRINGER & SOEHNE G. M. B. H., MANNHEIM-WALDHOF

Reprezentant pentru România:

RUDOLF FOREL, București III, Str. G. ral Eremia Grigorescu, 6.



CIBAZOL

Sulfanilamidothiazol

Chimioterapeuticul

cu toleranță excelentă
pentru tratamentul infecțiilor bacterice

efect sigur în:

**Pneumonie, Gonoree, Meningită,
Erisipel, infecțiuni colibacilare ale căilor urinare,
Morbil Bang, Sepsie, etc.**

Comprimat: tuburi à 20, Fiole: cutii à 5



SOCIÉTÉ POUR L'INDUSTRIE CHIMIQUE À BALE (Elveția)

Reprezentant al specialităților «Ciba» în România:
M. R. Leclerc, str. Ruginoasa 1, București.

b) Neparticiparea meningitelor inflamatorii, evidentă, deci avem;

c) Disociere între fenomenele meningeale benigne — meningită minimală — și cerebrale intense, concluziune care a servit la stabilirea diagnosticului clinic;

d) Cedarea imediată a afaziei senzoriale și vindecarea fără urme a dovedit patogeniza ei, fiind datorită unei reacțiuni inhibitorii peri-abcidale și nu unei distrucții de substanță nervoasă;

e) Vindecare durabilă cu revenirea integrală a funcțiunilor neuro-psihice.

RÉSUMÉ

Abcès cérébral métastatique d'origine otique

On relate l'observation d'un malade de 25 ans, qui à trois semaines après une otite purulente gauche fait une

mastoidite, on fait une antrotomie. Le malade fait ensuite un abcès cérébral, pour le quel on intervient dans le 12-e jour, on constate un abcès solitaire, grand comme une noix, localisé dans le lobe temporo-sphénoïdal gauche. Le malade guérit.

En liaison avec ce cas on fait, quelques considérations sur l'abcès cérébral d'origine otique.

ZUSAMMENFASSUNG

Otogenes metastatisches Hirnabszess

Es wird über einen 25 jährigen Patienten berichtet, welcher 3 Wochen nach einer linken eitrigen Otitis am Mastoiditis erkrankt, für welche eine Antrotomie vorgenommen wird. Es entwickelt sich darauf ein Hirnabszess, welches 12 Tage später bei der Operation als nussgrosses solitäres Abszess im linken Schläfenlappen aufgedeckt und entfernt wurde. Heilung.

Im Anschluss an den Fall knüpft der Verfasser Betrachtungen über das otogene Hirnabszess an.

Sprue european

de

Dr. I. Macavei și Dr. A. Faur

Sub numirea de sprue nostras sau european s'a descris o boală rară, observată mai des în ultimii ani. În anul 1932 apare lucrarea lui Hess Theysen, apoi în 1936 a lui Hansen și von Staal și în 1938 a lui Hotz și Rohr. Că până în ultimii ani a fost rar observată se datorește — după cum afirmă însuși Hansen — faptul că tabloul clinic n'a fost cunoscut și adesea a fost confundat cu cel al enteritei cronice, insuficienței pluriglandulare, ori cu cel al anemiilor pernicioase. Întru cât această boală survine foarte rar și e puțin cunoscută la noi, credem, că e bine venită o expunere succintă a tabloului morbid ce o caracterizează, înainte de a prezenta cazul nostru. Acesta este al doilea caz observat de noi, primul fiind comunicat în 1937 de domnii Dr. Degan și Dr. Macavei la Soc. Științelor Medicale din Cluj.

Sprue prezintă o simptomatologie care devine cu atât mai bogată și mai caleidoscopică cu cât ne apropiem mai mult de sfârșitul evoluției ei. Trei sunt simptomele care domină tabloul clinic și caracterizează această boală: scaunele grăsoase, emaciarea și anemia, la care se adaugă apoi treptat, tot mai multe simptome secundare, explicate de majoritatea autorilor ca fiind datorite unor hipovitaminoze secundare și insuficienței glandulare.

Simptomul cardinal este constituit din tulburările dela nivelul tubului digestiv. Scaunul foarte abundent (1—2 kgr. în 24 ore), este păstos și lichid, 4—15 la

zi, de culoare galbenă sau cenușie, cu un strat spumos la suprafață. Reacția este acidă. Microscopic punem în evidență cantități mari de acizi grași, grăsimi săpunificate și mai puține grăsimi neutre. Accidental mai găsim fibre musculare incomplet digerate și alte resturi alimentare. Scaunul normal conține 8—10% grăsimi, în timp ce în sprue se urcă până la 71—80%. Fanconi a arătat că, grăsimile eliminate prin scaun au fost în mai mare cantitate decât cele ingerate.

Care este originea grăsimilor în cantitate așa de mare din scaunul acestor bolnavi? Unii susțin că din cauza transitului accelerat prin intestin grăsimile n'au timp să se descompună și să se resoarbă, dar s'a constatat că pasajul prin diferite segmente și în totalitatea tubului digestiv este normal. Alții afirmă că, grăsimile sunt insuficient descompuse din cauza lipsei fermentilor digestivi. Cercetările alor numeroși autori au arătat că valorile lipazel în suc duodenal sunt normale. Unii atribuie prezența grăsimilor în scaun nu lipsei lipazel, ci faptului descris de Abderhalden, că între fermenți și produșii de descompunere se creează o anumită relație, în sensul că dacă produșii descompuși nu sunt resorbiți și ajung astfel în plus, procesul de descompunere este impledecat. În mod normal produșii de descompunere sunt resorbiți pe măsura formării lor și nu se ajunge la un surplus, pe când în sprue resorbția lor fiind turburată se ajunge la o acumulare a acizilor

grăși în cantități nefiziologice și de aci raporturile anormale între fermenți și grăsimi. A treia ipoteză caută să atribuie cantitatea enormă a grăsimilor din scaun unei tulburări în resorbția lor. Nicl această ipoteză nu e suficientă, deoarece observațiunile și cercetările minuloase au arătat pe de o parte că, nu se găsesc leziuni anatomo-patologice ale intestinului, a limfaticelor, așa de evidente ca să explice o așa de gravă tulburare în resorbția grăsimilor, pe de altă parte o leziune a mucoaselor intestinale nu poate explica o tulburare de resorbție electivă, îndreptată numai asupra unor principii alimentare. Singură curba glicemiei lente este în favorul acestei ipoteze, dar și aceasta se găsește numai în 50% a cazurilor și poate fi datorită și tulburării în sistemul glicco-regulator, căci prin injecții intravenoase de dextroză s'a obținut aceeași curbă lentă.

În fine a patra ipoteză susține că ar fi o reeliminare a grăsimilor deja resorbite (Moncrieff, Payne, Speery, Bloor, Hamen).

Afară de scaunele grăsoase găsim o serie de alte tulburări la nivelul tubului digestiv. Limba este edematizată, hipertrofiată, cu brăzdături profunde, sau de un aspect lucos. Sensibilitatea vârfului este adesea dispărută (și în cazul nostru). În faze mai avansate ale bolii sunt frecvente aparițiile de afte sau ulcerări, apoi o atrofiie netedă a limbii (psilosis linguae). Bolnavul acuză dureri în epigastriu, balonări post-alimentare, arsuri. Funcția secretorie a stomacului poate fi normală, ipocaciditate, achilie sau hiperaciditate. Pofta de mâncare la început nealterată, diminuează cu timpul pentru a dispărea apoi cu totul.

Anemia este unul din simptomele importante ale spruei. Fanconi și Fischer au avut curiul la care tabloul sanghin era identic cu cel al anemiei pernicioase, ceea ce a determinat pe unii să afirme că aceste două afecțiuni (sprue-anemie pernicioasă) sunt în legătură una cu alta sau chiar identice. Observațiile lui Hess, Thaysen, Hansen și alții au arătat însă, că anemia din sprue are următoarele caractere: e de grad și formă deosebită de la un caz la altul, ba mai mult, la același caz în diferitele faze ale bolii e variabilă. În unele cazuri anemia e ipocromă în legătură cu tulburările în resorbția fierului; într'un mare număr de cazuri anemia e hiperchromă de tip pernicios, dar fără normoblasti. La același caz în cursul evoluției bolii e când ipocromă, când hiperchromă. Formula leucocitară nu arată modificări esențiale față de normal, afară de o ușoară deviație spre leucopenie și granulopenie. S'a constatat că acești bolnavi au tendința la hemoragii mici (dilatează emoragică) cu prelungirea timpului de coagulare (lipsa vitaminei C și K).

Emaciarea bolnavului într'un stadiu mai avansat al bolii este atât de profundă încât bolnavul are o înfățișare scheletică; țesutul adipos e complet dispărut, la

fel și cel muscular, mai ales mușchii fesiei. În cazul nostru bolnavul atinge 35 kgr. Procesul emaciarelui se desfășoară încet, însă progresiv.

Alte simptome. Pielea e palidă, pigmentată simetric, mai ales pe față, pe mâini, gambe și scrot; e subțire și în rări cazuri se descuamează (și în cazul nostru) însă nu-i hiperkeratotică ca la pelagră. Coloarea și pigmentația pielii e într-o câțiva asemănătoare boalei lui Addison, dar spre deosebire de aceasta mucoasele nu sunt pigmentate. Părul este subțire, rar, resfrat. Unguilele devin sfărâmițoase. În cazul nostru unghiile sunt în formă de sticlă de ceasornic cu tendință la degete ippocratice. Dinții adesea cad (și în cazul nostru). Din partea sistemului nervos găsim parestezii (furnicăături, senzația de deget mort), dureri în limbă, tulburări de sensibilitate la limbă și buze, (constatate și în cazul nostru). Bolnavii sunt retrași, depresivi, auțși, stări psihice secundare, datorite faptului că, nu văd nicio ameliorare a suferinței lor. Forța musculară scăzută, fără semne de degenerescență. Tulburări ale reflexelor sunt numai în cazuri singuratice. În cazul nostru am găsit abolite reflexele patelare. Tulburările motrice (ataxie, astenie) sunt în legătură cu atrofia musculară. Modificări patologice ale lichidului cefalo-rachidian nu s'au observat. Se găsesc apoi modificări ale scheletului datorite ipocalcemiei și lipsei vitaminei D, care uneori sunt așa de grave, încât oasele devin maleabile ca ceara (osteomalacie) și de aci deformări și tendință la fracturi spontane; altele sunt mai ușoare (osteoporoză) așa cum e și în cazul nostru.

Importante sunt tulburările metabolismului intermediar. Pe lângă tulburările metabolismului grăsimilor constatăm: ipocalcemie pronunțată, (în obs. noastră 4,5 mg. %), apoi ipofosfatemie. O serie întreagă de simptome pot fi interpretate ca manifestări clinice ale acestel demineralizări. Hess Thaysen a constatat o modificare a curbei glicemice în sensul că e lentă, mai scăzută, datorită tulburării în resorbția zahărului. În 50% a cazurilor se observă această resorbție întârziată și mai lentă a zahărului. Nu există nicio tulburare în resorbția proteinelor.

Etiologie și patogenie. Explicațiile etio-patogeniei spruei sunt multiple și ele au variat în decursul anilor pe măsură ce surveneau noul descoperiri, mai ales în domeniul vitaminelor.

Teoria infecțioasă. S'a invocat în etiologia acestel boli infestațiunii, infecțiuni cu viermi și microbi patogeni: monilla tonsillans (Ahsford, Efremow), oidia, blastomicete, schimbarea florei intestinale prin gastro-enterite cronice, care rup echilibrul biologic fiziologic, ajungându-se la o stare de acidoză și prin aceasta la cele mai grave tulburări (Rietschel). Această teorie nu este acceptată de cel mai mulți,

Teoria endocrină susținută mai mult de Verzar, afirmă că ar fi o insuficiență a capsulelor suprarenale, datorită căreia procesul de resinteză a grăsimilor descompuse nu mai are loc. După Verzar resorbția acizilor grași, glucozel etc., se întâmplă printr'un proces de fosforilizare, care este dependent de integritatea funcțională a suprarenalelor.

Teoria vitaminică susține că boala ar fi cauzată de carența uneia sau mai multor vitamine, printr'o alimentație defectuoasă, etc. Astfel Castle, Rhoads, Lawson și Payne plasează sprue între pernicioasă și pelagră și o consideră ca datorită lipsei factorului extrinsec (emogenul) din complexul B₂, iar Slot carenței complexului B₂ și vitaminei C. Alții încredințează lipsa vitaminei A, D, K.

Teoria constituțională a cărei susținător este Fanconi, consideră ca mai important factorul constituțional, (cazuri care survin la gemeni, anumite stigmatе morfologice, apariția boalei la copii care au din naștere alterații patologice a anumitor organe, etc.), la care se adaugă momente exogene, (infecții ale tubului digestiv, dispepsii, infestații, defecte în alimentație, etc.), care declanșează boala primară — steatoreea, urmată de boala secundară — polivitaminoză, insuficiența glandulară — iar acestea la rândul lor agravează leziunile intestinale preexistente, creîndu-se astfel un cerc vicios.

Această teorie constituțională pare să joace un rol hotărâtor în declanșarea sindromului și în cazul nostru.

Heubner, Czerny, Keller, Stolte, invocau o debilitate funcțională a tubului digestiv și glandelor adnexe.

Diagnosticul diferențial în sprue se face cu o serie de afecțiuni: 1. cu anemia pernicioasă, aici bolnavul nu se emaciază ca în sprue, achilia e înconstanță în sprue, scaunele caracteristice spruei lipsesc în anemia pernicioasă; de asemenea anemia e când ipo — când hiperchromă, fără elemente tinere embrionare eritrocitare, osteoporoza lipsește la pernicioasă.

2. Fistula gastro-colică: aici digestia e incompletă și prin diferite examinări se poate pune în evidență fistula.

3. Steatoreea pancreatogenă se deosebește ușor de sprue, căci se constată lipsa fermentilor pancreatici în suc duodenal, prezența fibrelor musculare în scaun etc.

4. Tuberculoza mezenterială: se palpează tumorete, se constată semnele unei infecții etc.

5. Amiloidoza intestinală: aici avem scaune mai fluide, evoluția mai scurtă, sempe de amiloidoză și în alte organe.

6. Boala lui Addison, deși sprue are multe semne comune cu această boală, totuși se poate deosebi ușor pentru că n'avem steatoreea, pigmentația interesează și mucoasele și evoluția bolii este mai scurtă.

7. Cu pelagră e ușor de făcut diagnosticul diferențial, căci în pelagră avem achilie, pigmentația inter-

resează numai segmentele descoperite și este însoțită de hiperkeratoză.

8. Osteoporoza și osteomalacia în sprue sunt secundare și apar numai într'un stadiu avansat al bolii, când diagnosticul se impune.

9. De coelaxie o deoseblim ușor căci aceasta apare în copilărie și influențează grav dezvoltarea copilului.

Evoluția bolii este de lungă durată, ani de zile și se pot distinge 4 stadii (Hansen): a) stadiul ortus, când avem numai simptome subiective; b) stadiul simptomelor obiective caracteristice spruei; c) stadiul în care simptomele caracteristice spruei sunt complicate cu numeroase simptome de polivitaminoză și d) stadiul terminal.

Prognosticul în general este înfaust, vindecări nu sunt decât în foarte puține cazuri, ci numai remisiuni.

Tratamentul va fi îndreptat împotriva tulburărilor endocrine. În combaterea tulburărilor digestive dieta joacă rolul fundamental (Hotz). Scaunele grăsoase le ameliorăm prin reducerea la maximum a grăsimilor din alimentație. La fel vom reduce hidrații de carbon. În schimb vom administra proteine multe, legume, fructe crude, (Fanconi). Cu timpul, dacă scaunele se ameliorază, putem trece treptat la regimul mixt. Anemia dacă e hiperchromă o combatem cu preparate de ficat date în doze mari și timp îndelungat, uneori luni de zile. Când e hipocromă administrăm fier per oral și intravenos și dacă este achilie acidol-pepsin.

Fenomenele de hipovitaminoză se ameliorază deja prin regim și extractele de ficat. Astăzi se administrează însă și o serie de preparate sintetice. Astfel se dau în ultimul timp frecvent vitamine din complexul B₂ (Lactoflavina, drojdie de bere). De asemenea dacă sunt emoragii, vitamine C și K. Contra hipocalcemiei și hipofosfatemiei calciu în doze mari, plus vitamina D parenteral.

Tratamentul endocrinian s'a limitat până acum aproape numai la extracte din corticala suprarenalei, fără să se observe ameliorarea scaunelor. Celelalte tulburări endocrine se ameliorază cu boala primară și nu necesită tratament special. Cu acest tratament complex se produc remisiuni evidente: bolnavul se îngrașă, anemia scade, tulburările digestive se ameliorază, fără să putem însă combate complet steatoreea și de aici recidivele. Tratamentul este de lungă durată și la cea mai mică tendință de recidivă trebuie reînceput.

Cazul observat de noi este al unui bolnav K. A. de 44 ani, necăsătorit, comerciant, din Deva, jud. Hunedoara, care se prezintă la clinica medicală I. din Cluj-Sibiu la 24 Iulie 1942, pentru o slăbire foarte accentuată în greutate și puteri, scaune diareice.

Antecedente heredocolaterale: tata mort de tbc. pulmonară, părinții au fost veri de gradul I. Un frate născut prematur (7 luni), suferă de debilitate mintală.

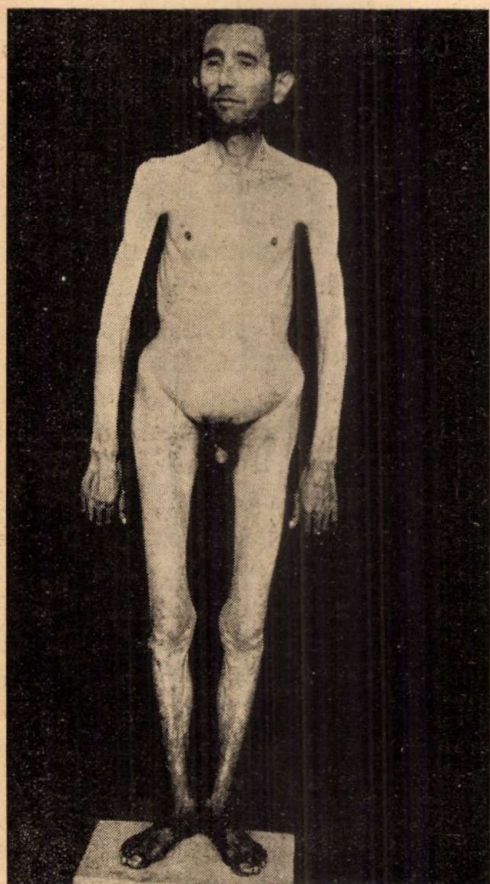
Sofia fratelui a avut un copil care a murit la 8 zile după naștere. O soră operată de tumoră uterină (fibrom?).

Antecedente personale. La 5 ani pojar, iar la 21 enterocolită disenteriformă. Înaltă cu 18 ani operat la stomac. Acum 4 ani malarie. Uzează moderat de băuturi alcoolice și tutun. Alimentația a avut-o întotdeauna foarte neregulată, fiind comerciant ambulant la diferite târguri. Permanent a fost de o constituție debilă, greutatea nedeșăind niciodată 55 kgr., de asemenea potența sexuală scăzută.

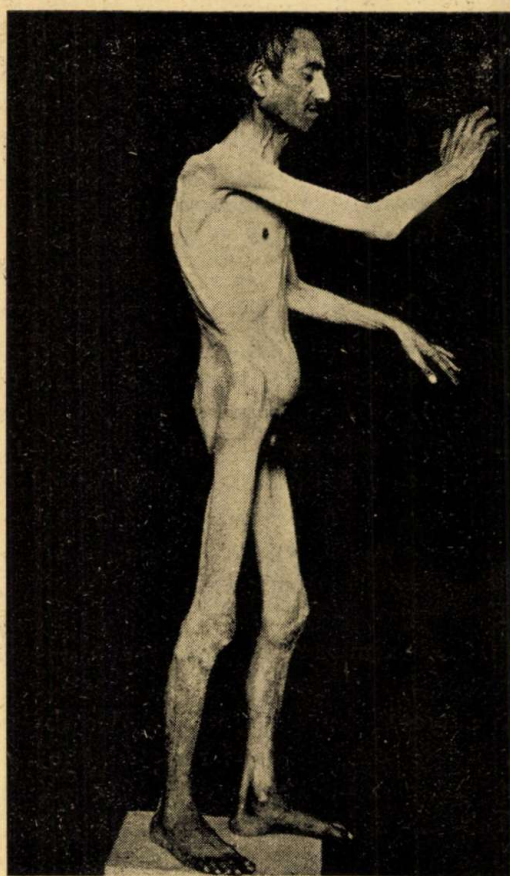
Boala actuală: din 1922 dureri epigastrice, care surveneau neregulat, mai mult la jeun, calmându-se după mâncare, proze esofaglene, arsuri epigastrice. Pentru aceste acuze a fost operat în 1927 și după operație s'a simțit mai bine până în 1932. De la această dată a început să slăbească în greutate și puteri, din când în când are vărsături postalimentare. După 3 ani, deci din 1925 la aceste acuze se suprapun altele: scaun neregulat în sensul că avea faze în care scaunele erau frec-

cu mult mai abundente și mai frecvente, 8—10 la zi, moi, slăbire treptată tot mai pronunțată în puteri și greutate (48, 38, 35 kgr.), tulburări în mers, încât oamenii din anturaj îl spuneau că-l beat; apoi a început să nu-și mai simtă buzele și vârful limbii, consuma multă apă. Cu aceste fenomene este internat în serviciul clinicii noastre.

Examenul general: înălțimea 1,59 m., greutatea 35 kgr. Ceea ce ne impresionează la inspecție este cașectizarea extremă a bolnavului încât înfățișarea lui este scheletică. Slăbirea interesează întreg corpul dar e mai exprimată la față, torace și fese; grăsimea lipsește, la fel și mușchii, mai ales toracicii și fesierii. Caracteristică este lipsa musculaturii dela fese. Ochii sunt înfundați în orbite, buzele subțiri. În contrast cu emaciarea aceasta generală, este abdomenul mare, moale, fără tenacitate, pielea subțire. Părul este rar, resfirat și subțiat. Pielea este ușor pigmentată simetric, mai ales pe față, mai puțin pe mâini și scrot, în rest e palidă,



vențate 3—4 la zi moi, bogate, alternând cu perioade, când avea un singur scaun la zi însă abundent. Nu mai avea poftă de mâncare și nici putere de muncă ca până aci, totuși aceste fenomene n'au fost așa de exprimate ca să alarmeze pe bolnav, așa se explică faptul că n'a consultat niciun medic până în anul 1941, de când boala dânsului la o alură mai gravă și îl face incapabil de muncă. De la această dată scaunele devin



anemică, uscată, subțire, prezentând o descuamație fină furfuracee. Ganglionii retromaxilari puțin măriti, de consistență organică, neaderenți, ușor sensibili, restul ganglionilor nu sunt interesați. Degetele cu tendință de a deveni ipocratice.

Examenul diferitelor organe și aparate. Sistemul osos: coloana vertebrală prezintă curbările normale cu mult mai exprimate, cu o ușoară tendință la ghiboz-

Perlatan- Calcium

în turburările **menopauzei**

Compoziție:

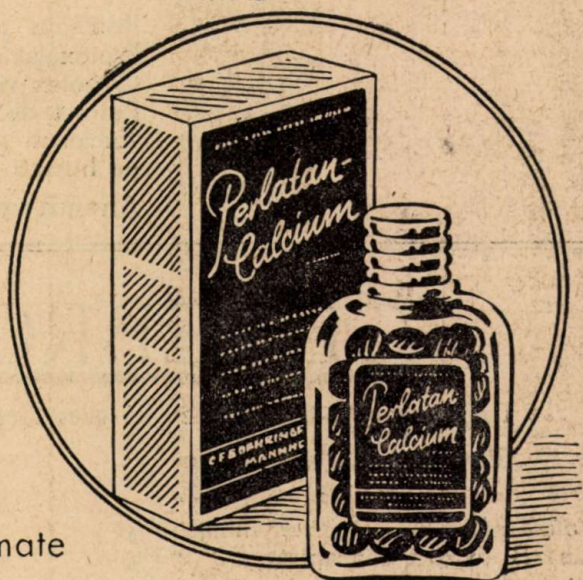
100 U. I. Perlatan

0,25 g Lactat de calciu

0,05 g Bromură de sodiu

Flacon cu 40 comprimate

De 3 ori pe zi 1 – 2 comprimate



C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H.
Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România:

Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.

ANEMOCIT

injecții à 2 cmc.

Extract de ficat injectabil, bine desalbuminat și delipoidat

Cutii cu 5 fiole à 2 cmc.

Anemii pernicioase, gravidice, convalescență.

ANEMOCIT FORTE

în fiole à 5 cmc.

Extract de ficat injectabil, bine desalbuminat și delipoidat

Cutii cu 3 fiole à 5 cmc.

Anemii pernicioase, gravidice, convalescență.

ANEMOCIT DRAGELE

Flacon à 30 bucăți

Formula :

Principiu antianemic din ficat 0,03 gr.

Protoxalat de fier 0,05 "

Complex vitaminic B din drojdie 0,10 "

Extract de mucoasă stomachică 0,10 "

Excipient aromatizant 0,25 "

pe bucată.

Anemii pernicioase, gravidice, convalescență.

CEREBROTONIN

Tonic reconstituant pe bază de glicerofosfați, extract de ficat și vitamină B.

Forma A cu arsen

Formula :

Glicerofosfați/Ca, Fe, Na și strichnină 3⁰/₀

Vitamină B. extract concentrat 2⁰/₀

Extract de ficat concentrat 1⁰/₀

Gluconat de calciu 1⁰/₀

Clorură de magneziu 0,5⁰/₀

Formiat de sodiu 0,2⁰/₀

Extract de cola 1⁰/₀

Metilarseniat de sodiu 0,05⁰/₀

Clorură de mangan 0,02⁰/₀

Excipient aromatizant q. s. ad. 100 cmc.

Forma B fără arsen

Formula :

Glicerofosfați/Ca, Fe, Na și strichnină 3⁰/₀

Vitamină B extract concentrat 2⁰/₀

Extract de ficat concentrat 1⁰/₀

Gluconat de calciu 1⁰/₀

Clorură de magneziu 0,5⁰/₀

Formiat de sodiu 0,2⁰/₀

Extract de cola 1⁰/₀

Clorură de mangan 0,02⁰/₀

Excipient aromatizant q. s. ad. 100 cmc.

Stări de slăbiciune nervoasă, anemie, depresiune, neurastenii, surmenaj, convalescență.

Mostre și literatură :

„NEOFARM“ Laborator Chimico-Farmaceutic

București V, Calea Vitanului 11 — Telefon 5.73.46

tate. Radiografia bazinului: întreg scheletul bazinului și extremitățile superioare ale ambelor femure prezintă un grad destul de pronunțat de osteoporoză cronică. Din partea sistemului nervos abolirea reflexelor patelare, iar mersul e ușor titubant cu lărgirea bazei de susținere. Din partea organelor de simț se constată: anosmie; oftalmologic prezintă șancru cornean ulcerat drept, iar la ochiul stâng miopie forte = - 20 D. Fundul de ochi: leziuni tipice caracteristice miopiei forte de care suferă. Tîmna bolnavului este mai mult depresivă nu e comunicativ, retras.

Asupra aparatului respirator și cardio-vascular nu se constată nimic patologic, afară de o ușoară ipotenziune arterială (11 — 6 cm. V. L.). Aparatul digestiv. Dantură rea, aproape toți dinții lipsesc, are proteză dentară; bolta palatină ușor ogivală. Abdomenul destins, balonat, tegumentele la acest nivel subțiri, întinse, netede, ușor lucioase. Peretele abdominal este fără tonicitate, iar la palpare avem senzația unei mase păstoase, moi, ceea ce denotă că balonarea abdomenului e datorită meteorismului și mai ales conținutului bogat în materii fecale a intestinului. Ușoară sensibilitate în punctele paraumbilicale și epigastric. Examenul materiilor fecale: scaunul este voluminos, gri-alburiu, spumos, de consistență moale, miros acru, reacția intens acidă. Microscopic se constată mulți acizi grași, săpunuri și grăsimi neutre, accidental fibre musculare incomplet digerate, în rest digestie bună. Fermentii pancreatici (tripsină, amilază) dozați după metoda Fuld-Gross și Wohlgemut sunt prezenți. Sucul gastric obținut după dejunul de probă a lui Ewald-Boas, conține: HCl liber 1,825 gr. la ml, iar aciditatea totală 2,336 gr. la ml, deci cifre superioare celor normale. Sondajul duodenal n'a reușit, deși l-am încercat în repetate rânduri. Radioscopia tubului digestiv: stomac obosit, situat mai median, cu un desen neregulat, pe alocuri cu plicile mucoasei mai îngroșate, curbările dințate. Evacuarea în porțiuni mai mici. Bulb duodenal: mucoasa și conturul șters. Ansele jejunale în cea mai mare parte ipotone. Mucoasa pealocuri dințată, pealocuri ștearsă, transiț încetinit. După 6 ore stomacul evacuat, barlu în cec și ascendent, transversul indicat, flexura dreaptă ptozată. Rest de 1/3 în ultimile anse ale ileonului. După 24 ore barlu evacuat, mic rest în ampula rectală.

Aparatul renal: nimic patologic, urina nu conține elemente patologice, densitatea 1,017.

Examinări ale sîngelui: hemoglobină 95% (Ap. Hellige) hematii 2,800.000, valoarea globulară 1,6. Leu-

cocite 4.000. Formula leucocitară: polinucleare neutrofile 72%, polinucleare eosinofile 2%, limfocite 18%, monocite 8%. Reacția Bordet-Wassermann negativă. Calcemia 4,5 mlgr. %, deci mult scăzută, fosfateia 9 mlgr. %. Lipemia (după metoda Bloor, Pelkan, Allen) este mult scăzută: colesterolul 1,02 gr. la litru, acizii grași 0,80 gr. la litru. Extract total 1,82 gr. la litru. Curba glicemiei provocate nu arată modificări față de normal. Lichidul cefalo-rachidian: tensiunea 18 (Ap. Claude). Reacția Pandy, reacția Nonne-Appelt, reacția Bordet-Wassermann = negative. Limfocite 1/mm.

În baza simptomelor clinice, de laborator și evoluției bolii am stabilit diagnosticul de sprue.

În ceea ce privește tratamentul am administrat un regim fără grăsimi, sărac în idrați de carbon, bogat în legume, fructe, și protelne. Ca medicamente am dat preparate de ficat (Anemocit), preparate de vitamine, endocrine: lactoflavină, vitamina C, pelacotin, drojdie de bere, cortenil, apoi fer redus cu hidrogen, calciu în doze mari, carbonat de calciu, pancreon.

Cu această terapie am obținut o creștere în greutate a bolnavului de la 35 la 38 kgr., anemia ușor ameliorată (de la 2,800.000=3,000.000) fenomenele dispeptice s'au atenuat, însă scaunele grăsoase nu le-am putut influența.

CLINICA I MEDICALĂ — CLUJ-SIBIU

Director: Prof. Dr. I. Hațieganu.

RESUMÉ

La Sprue europienne

Après nous avoir donné un court exposé du tableau morbide de la Sprue, les auteurs décrivent un cas clinique qui présente toute la symptomatologie caractéristique de cette maladie est ils constatent que dans le cas observé par eux le facteur constitutionnel auquel s'ajoutent des moments exogènes (infections du tube digestif, déficiences d'alimentation) semble avoir un rôle important.

ZUSAMMENFASSUNG

Europäische Sprue

Nach einer kurzen Darstellung der Krankheit wird ein klinischer Fall derselben beschrieben, der die ganze charakteristische Symptomatologie der Sprue aufweist. Die Verfasser heben hervor, dass in ihrem Falle das konstitutionelle Moment, zu welchem sich exogene Faktoren gesellen (Infektion des Magen-Darmkanals, Nahrungsschäden), eine wichtige Rolle spielt.

Problematica medicală

Spiritul științific și problemele fundamentale ale medicinei contemporane¹⁾

de

Prof. M. Kernbach

La vremuri noi, oamenii noi, dar și îndatoririle noi. În toate sectoarele vieții culturale și științifice se năzdușește către o nouă formă de viață. Realismul încătușat în tiparele materialismului, tinde a fi învâluit de un „umanism înalt”, condus de un ideal spiritual.

Această caracteristică a vremurilor de azi, îmbracă adesea caracterul unei îndatoriri legale. Într-adevăr, Noua Lege a Învățământului Superior, prin art. 48, a decretat că „răspunderea principală a formării *spiritului științific* al studenților” o au profesorii universitari. Pentru formarea acestui spirit, trebuie mai întâi să-l creem, mai apoi să-l menținem.

Învățământul nostru medical, obligat a face față în primul loc necesităților sănătății publice, a excelat și excelează prin partea lui practică. Medicina condusă teoretic și practică de gândirea *analitică și morfologică*, nu dă prilej și răgaz viitorului medic, în timpul școlarității, să la contact cu problemele științifice ale viitoare sale profesuni. Studentul medicinist i s'a oferit cu atât mai puțin prilejul, ca el să poată privi *sintetic* în filșa profesiei în devenire. S'o poată cuprinde deodată în toate compartimentele ei, cu toate problemele de bază. Cu idelle ei călăuzitoare, cu așezările ei tradiționale, percum și cu cele noi sau acelea ce sunt a se renova.

O atare privire atotcuprinzătoare ne ridică dela amănunt la general, dela realism la idealism. Dela grija cotidiană a prezentului, la preocuparea permanentă a viitorului, împletindu-ne existența proprie între tradiție și progres. E calea către izvoarele spirituale, în care se zămislește și spiritul științific. Acesta este și va rămâne spiritul cârmurilor al fiecărui medic.

Medicina de azi nu mai este și nu mai poate fi o banală profesie lucrativă. Medicul vremurilor noastre îi încumbă îndatoriri mai înalte și mai multe, decât generațiilor de până acum. Medicul plăgilor postbelice, a mulțimii înfometate, invalide, bolnave, desechilibrate, desorientate, desbrăcate, orfane, selecționată negativ de mașina și tehnica umană, i se pun probleme grele de soluționat. Lui i se vor încredința, în bună parte, conducerea rămășițelor omenirii, înleștate azi în nimicire totală. De el depinde viitorul unui neam.

Atâtea motive, mă determină în anul acesta, nu numai prin forța obligațiilor legale, ci și a celei mo-

rale, ca dela prima întâlnire cu D-voastre, să vă prezint marile probleme ale medicinei moderne. Să luați act, în acest ultim an al școlarității D-voastre și în conjunctura vremurilor care duce spre prefacerea lumii, de funcțiile și aspectele întregii medicine, privită în analiză longitudinală și în analiză transversal-absală. Să trăim o oră în lumea idellor.

Orientați în spațiul medical, vă veți opri asupra problemelor care vor prezenta interes deosebit pentru fiecare dintre D-voastre. Vă veți alege singuri idealul, care va fi construit prin spiritul științific al fiecăruia.

Analiza longitudinală a medicinei.

Adevărata și marea misiune a medicinei contemporane, nu este aceea pe care o întâlnim în practica curentă. Suntem mult, uneori extrem de mult de îndepărtați de idealul construit spiritual în ultimul deceniu.

Medicina ca știință, este un ram al *biologiei generale*, iar practic cuprinde toată *existența umană*. Acesta e locul ei în spațiu: o *biologie umană socializată*. Insumată între biologia generală, adică în conformitate cu legile generale ale naturii și între orânduirile civilizației, medicina e îngrădită de trei mari domenii: studiul omului, studiul vieții, studiul mediului.

Pentru cunoașterea omului ai studiat toate acele științe care v'au orientat dela început, asupra *compoziției, structurii, formei, dimensiunii și funcției* organismului. Toate acestea cercetate și învățate *analitic*. Științele fizico-chimice urmăresc să demonstreze că substanța vie a omului este formată din câțiva compuși chimici, care au la bază aceleași elemente, ca și materia inanimată, dar de o structură și funcție superioară, cu proprietăți fizico-chimice caracteristice și comune tuturor viețuitoarelor. Aceste studii v'au sădit ideea că procesele fundamentale ale vieții, rezidă exclusiv în reacțiile fizico-chimice ale substanței coloidale. Este prima concepție despre om și despre viață, cristallizată în gândirea natural-științifică, materialistă.

S'au suprapus studiile morfologice, care v'au arătat până în cele mai mici amănunte, structura, dimensiunile și forma corpului omenesc. Le-ai cunoscut în geneza și forma lor definitivă, micro și macroscopică. Gândirea morfologică-anatomică, a întărit primul fun-

¹⁾ Primele lecțiuni ale anului școlar 1942/1943.

dament material al pregătirii medicale. Dar paralel cu aceasta ați mai aflat că fiecare organ, fiecare sistem, țesut sau celulă, în forma și structura lor, îndeplinesc funcțiuni specializate. În cadrul analitic al învățământului, ați păstrat imaginea acelei diviziuni a muncii specializate pe care o dețin organele corpului nostru: sisteme de conducere, organe conduse. Cu această ocaziune v-ați însușit un nou fel de a înțelege organismul, s'a suprastatificat gândirea fiziologică, funcțională. Dacă studiile morfologice arată vecinătatea organelor, studiile funcționale arată relațiile dintre ele: studiul corelațiilor interorganice. E studiul cel mai actual și în plină desfășurare.

Dar toate aceste studii la un loc, care descriu organismul normal sau patologic, nu v'au dat încă, ideea de întreg și unitate a individului. Adică vă lipsește *gândirea organică*. Ajungem în domeniul explorărilor celor mai noi și mai interesante, care năzuiesc a stabili căile de corelațiune între corp, suflet și spirit. În concepția mai nouă, organismul nu este socotit ca suma tuturor organelor sau a funcțiilor lor. Fiecare celulă sau fiecare organ nu pot fi înțelese decât în totalitatea organismului. Ele își datoresc existența întregului organism, luate fiecare în parte, tot așa cum organismul întreg ar înceta să mai existe, fără una din organele sau funcțiile lui conducătoare. Organismul este o unitate prin cele două părți distincte: una animată — plasma celulară — și alta înanimată — substanța intercelulară. În prima, au loc reacțiile vitale, în cealaltă reacțiile fizico-chimice ale materiei înanimate răspândite pretutindeni. Pe deasupra lor domnește nemateria, imponderabilul, spiritul și psihicul omenesc. Legat prin instincte de sistemul neuro-vegetativ și prin acesta de sistemul nervos central, ajungem la organul care deține primul loc al ierarhiei, esența însăși a naturii omenești. Cunoaștem o serie de corelațiuni interorganice, dar încă nu s'a creiat o *fiziologie corelaționistă* a întregului organism și în special, o fiziologie unitară a somato-psihicului. Se cunosc doar câteva relații între structura corpului și între caracter, datorită studiilor geniale ale lui *Kretschmer*. Problema rămâne una din cele mai actuale. Tendința spre unitate și întreg, spre „marea medicină” sintetică este din ce în ce mai pronunțată. Studii și propunerii apar neîntrerupt. S'au format sisteme filosofice medicale: biologia persoanei, știința omului, biotipologia, constituționalismul. Ele cristalizează năzuințele de sinteză medicală a ultimelor decenii. Se crede într-o medicină somato-psihică, generală și valabilă pentru toate specialitățile medicale.

După repetatele încercări, *psihologia*, a pătruns definitiv în știința și practica medicală. Ea a deschis noi orizonturi, în felul de a concepe medicina, medicul, boala, bolnavul și mai presus de toate vindecarea. Psihoterapia a intrat în rândul terapiliilor curente.

Iată un vast domeniu, în care idealul medical își poate făuri un lăcaș statornic. Pe cât e de imens, pe atât de promițător în rezultate și în binefaceri pentru omenirea suferindă. Marele triumfuri se clădesc însă numai pe scrumul sacrificiilor.

Dela studiul omului, medicina ca ram al biologiei, se va ocupa netăgăduit cu studiul *vieții*, în special al *vieții umane*. Dar nu izolată. Vieța este nucleul central al tuturor preocupărilor omenești. Dar despre ea știm foarte puțin. Monismul, animismul, vitalismul sunt re-luate neîntrerupt în discuția și gândirea medicală. Din tot ceea ce știm până azi, noi medicii concepem vieța ca una din forțele energetice cele mai complexe, cea mai grea de pătruns, mai ales în gândirea noastră cauzal-genetică. E singurul fir conducător și permanent al lumii. Prinsă între materia animată (bios) și între cea înanimată (abios), ea și-a asigurat existența printr'un schimb neîntrerupt de forțe și materii, distribuite la toate filințele vieții, ca și la toate elementele materiei. În eternitatea conservării materiei și a energiei, legi ale naturii verificate pretutindeni, vieța își duce necurmată calea ei. Vieța cere producție, consum dinamo-energetic. Medicul sub acest fel de a privi, va aprecia bolnavul în lumina productivității sale, mai ales în țările dominate de păturile muncitorești. Medicul dispune singur, între profesioniști, de o capacitate biologică, în sensul că el este preocupat a păstra, reda sau compensa capacitatea de productivitate a clientului său. Capitalul uman, capitalul biologic și economia lui, exprimă tocmai noțiunile gândirii biologice a medicului modern.

Vieța umană se desfășoară într'un anumit spațiu, *mediul* său propriu. Studiul mediilor umane, sunt abea în anii din urmă, studiate și de medicină. Odată cu studiile de sinteză asupra individualității și personalității, s'a constatat că între factorii de plămădire a acestora, intră în bună parte și mediul prin factorii lui multipli. În procesul adaptabilității, omul întâmpină rezistență din prima clipă a zămislirii lui. Adaptarea în mediul biologic, în vieța intrauterină și apoi în cea extrauterină, în toate etapele vieții, adaptarea apoi în mediul uman, în acest mediu al civilizației moderne și în fine adaptarea în largul imens al macrocosmosului, expune pe om la o serie de condițiuni și factori, pe care uneori îl învinge, alteori îl învinge el. Din acest joc al întâlnirilor omenești cu mediile sale, rezultă întreaga gamă a îmbolnăvirilor și a suferințelor. Mediul biologic, mediul social și mediul cosmic, pun, din punct de vedere al explorării medicale, probleme numeroase: patologia ereditară, patologia socială, meteoropatologia și bioclimatopatologia. Ele sunt la început și reclamă încă multe și îndelungate vieți de muncă.

În analiza longitudinală, ajungem la extrema dreaptă, la *existența umană*, vasta câmpie a explorărilor și prac-

ticel medicale. În vechiul spirit clinic al medicinei curative, bolnavul era studiat la patul său de suferință, smuls din mediu, din viața sa, din lumea grijilor și a bucuriilor sale. Spiritul clinic modern, dublat și de spiritul medicinei sociale, vede bolnavul odată cu toată viața sa. Nu apare numai omul care suferă, nu numai boala izolată și descrisă de tratate, ci omul cu tot trecutul său, omul care gândește, care iubește, care urăște, care luptă, care are profesii, un ideal, o familie, o patrie. Omul cu toată existența sa. A vindeca bolnavul, nu înseamnă a-l reda lui însuși, ci a-l reda întregii sale existențe. În medicul profesionist, capacitatea biologică se împletește cu una socială, economică, politică, națională.

În suprafața medicinei pleacă de la capitolul reproducției și se desfășoară, extinzându-se asupra întregii evoluții biologice și existențiale a individului, cărmuește pe baza legilor eredității viitorul speciei omenești, cărmuește viața individului singuratoc în toate împrejurările existenței lui, în zilele de sănătate, în zilele de boală.

Analiza transversal-abisală a medicinei.

În această cercetare, vor apărea alte probleme și alte funcțiuni ale medicinei contemporane, care așteaptă încă multe generații, spre a fi soluționate satisfăcător.

Privită în mod obiectiv și spațial, medicina își are existența ei proprie delimitată de două mari probleme: *morbiditatea și mortalitatea*. Ele constituiesc în același timp două ținte finale, spre care s'a îndreptat medicina, și spre care continuă a se îndrepta și în viitoarea evoluție a ei: luptă contra morții, luptă contra bolii. Sunt cele două poveri eterne, puse definitiv, dar nu exclusiv, în sarcina ei.

Față de prima s'a înregistrat o mare izbândă: limita medie a vieții a fost deplasată spre dreapta. Trăim în mediu mai mult ca acum 80—100 de ani. Cel mai mulți ating limita de 65—70 ani, deși în unele țări, între care intră și România, media este sub 50 de ani. Civilizația prin tehnică, urbanizare, confort, a contribuit și ea într-o bună măsură la acest rezultat, ca și la creșterea excedentului nașterilor.

În domeniul morbidității, situația este inversă. Tot spațiul ocupat odinioară de moarte, este deținut azi de boală și invaliditate. S'au redus bolile infecto-contagioase prin măsurile medico-preventive, au sporit în loc cele degenerative și afecțiunile cronice ale sistemului nervos, circulator, digestiv, respirator, ale pielii, apoi cancerul, bolile dentitelor și bolile ereditare.

Boala încleștează umanitatea în suprafață și în adâncime, cantitativ și calitativ. Studiul morbidității, ca fenomen al maselor este abea la început.

Boala a pătruns în patrimoniul ereditar al omului. Prinde flecare țesut, flecare organ, flecare sistem de organe. Bolile ereditare cele mai frecvente sunt ale

sistemului nervos central, tocmai acest sistem de conducere al economiei noastre interne, precum și al complexului relaționist al omului în lupta sa pentru existență. Izvoarele degenerării eredo-congenitale, deși cunoscute, persistă și azi, socotite între prejudiciile cele mai grave ale civilizației.

Bolile dobândite prind de asemeni toate țesuturile și organele, dar stăpânesc alte două sisteme de conducere: bolile sistemului neuro-vegetativ (nevrozele și neurovegetozele) și ale sistemului circulator. Nici afecțiunile tubului digestiv sau acelea ale nutriției, nu sunt, cantitativ și calitativ pe un plan mai inferior.

Calculule statistice făcute în puține state, arată cifre amenințătoare. *Calcululele provizorii ce-am putut face la noi în țară, arată că sifilisul, tuberculoza, paludismul, pelagra, gușa, cretinismul, orbirea, surdo-mutismul ating pe alocurea cu un procent de 50—60% populația noastră rurală. Dacă se mai adaugă alcoolismul, bolile nervoase, digestive, circulatorii, pulmonare, infecto-contagioase, acest procent va fi direct înspăimântător. După război, când pătura tinerească va fi simțitor redusă, indexul regresiv al populației, alăturat celui morbid, reprezintă auspiciile sub care se vor desfășura viitoarele obligațiuni ale medicului român; adulții și bătrânii noștri trăiesc și mor bolnavi. Moartea naturală este o excepție, ce devine din ce în ce și mai rară.*

Acesta este vastul teritoriu și cel mai important înainte de toate, apt nu numai pentru explorări, ci și pentru apostolat. E un aspect al sănătății publice neobservat. Măsurile unilaterale luate, n'au dat niciun rezultat evident. *Scoborirea indexului morbidității în țara noastră va constitui problema centrală a oricărei politici sanitare, un principiu de bază al ei, al oricărei guvernări.* Medicina va dobândi acea capacitate politică, necesară pentru soluționarea problemei. În clipa de față, medicina este subordonată și condusă de procesul morbidității: înmulțirea personalului medical, de asistență și de ocrotire. Situația va trebui cât mai curând inversată: boala subjugată și prevenită prin mijloacele medico-igienice.

În lupta contra bolii și a morții, medicina a dispus de două ramuri: *medicina preventivă și medicina curativă*. Prima este mai nouă și practică mai puțin răspândită. Domină azi medicina curativă, care în foarte scurtă vreme va fi tot mai simțitor redusă, prin extensiunea logică a celeilalte.

Ambele ramuri cercetează înainte de toate boala, cauzele ei, condițiile de îmbolnăvire. Deci ne vom întâlni cu prima etapă a funcțiilor medicale, cu acea teoretică și experimentală generală: *explorarea bolii*. Medicina experimentală, etiologică, patogenetică, nosologică, care sunt reunite în patologia generală, au creat specialitatea laboratorului medical, instituții mari de

cercetări cu personal specializat, personal administrativ, animale de experimentare, publicații etc. Statul, ca și instituții particulare, cum este de exemplu „Fundatiunea Rockefeller” din New-York, alocă sume mari pentru aceste explorări. Clinicele universitare, institutele teoretice ale facultăților de medicină și chiar spitalele publice, oferă noi posibilități pentru studiul bolilor. Aceste instituții sunt necesare și au adus mult bine omenirii.

Cercetarea experimentală, crează odată cu măsurile terapeutice și o concepție teoretică a bolii. Boala numai atunci va putea fi înfrântă, când vom ști ce este, care este procesul ei fundamental. În decursul evoluției, *teoria bolii* a suferit diferite transformări, pentru a ajunge azi la un hățiș de teorii și concepții, care sunt departe de a putea satisface practica și terapia modernă.

În concepțiunea curentă și corespunzător spiritului general al epocii, concepția de boală e dominată de *patologia organo-celulară*. E concepția pur materialistă, rău înțeleasă și incomplet aplicată, emisă de Morgagni-Virchow, de mai bine de un secol. E gândirea morfologică, solidistă, localistă, care a creat o mentalitate de resemnare, pasivă, în medicina curativă: boala e numai atunci când o putem vedea, palpa, auzi, în fine când cade direct simțurilor noastre, înarmate sau nu, cu toată aparatura și tehnica fizică sau fizico-chimică modernă. În rest nu e boală și nu mai avem nimic de făcut.

Teoria celulară, organicistă, adâncită în manifestările ei ultime, a devenit o patologie *coloidală* și apoi mai recent *moleculară*. Procesele patologice sunt reduse la procesele fizico-chimice ale moleculei complexe, ce caracterizează substanța vie. Acestul fel de a vedea l se opune patologia *funcțională*, după care boala e un dezechilibru, o disarmonie a funcțiilor organului afectat. Spiritul clinic, în care mi-am început studiile medicale și până astăzi, e dominat încă de această concepție anatomo-fiziologică, localistă: boala o găsim în organul afectat și în dezechilibrul funcțiilor lui. Abia în ultimul timp s'a clarificat că disfuncția poate uneori premerge, alteori să succeadă leziunii organice. Gândirea clinică completă este în același timp și *etiologică*, adică boala își are cauzele ei mai mult sau mai puțin specifice, care modifică structura, forma și funcția organului.

După războiul trecut, un nou curent a combătut și „pasteurismul” și „virchowismul”, dovedindu-se că în procesul morbid rolul principal îl are *terenul individual*, constituția generală a organismului și nu agentul sau organul. Se afirmă că însuși Pasteur la sfârșitul vieții sale, a recunoscut concepția lui Claude Bernard, care vedea în teren, factorul capital în declanșarea procesului morbid. În această direcție studiile sunt în curs de desfășurare. Studiul asupra constituției, tipologiei, omului integral, au creat sisteme noi de gândire și de

aplicare a cunoștințelor medicale. Boala cuprinde întreg organismul, este tendința care-și face tot mai mult loc în gândirea medicinei oficiale și neoficiale germane: curentul naturist și biologic. Ele reprezintă concepția biologică și dinamo-energetică a bolii.

Afară de acestea, mai există încă alte teorii, dintre care unele au perspectiva de a se generaliza: intercelulo-patologia, patologia permeabilității, patologia umorală și pato-psihologia. Cercetări mai noi tind să arate că localizarea primă a procesului morbid își are sediul în substanța intercelulară și de felul ei de a reacționa fizico-chimic, depinde prinderea sau nu a celulei, a afectării organice. Concepția aplicată în domeniul rănilor, cancerului și al bolilor infecțioase, aduc dovezi convingătoare.

În altă ordine de idei, se susține că în anumite condițiuni, membrana capilarelor sanguine devine permeabilă pentru albuminele plasmei, favorizând anumite procese patologice (inflamația seroasă): e patologia *permeabilității*.

Urmează apoi *patologia umorală*, reafirmându-se rolul mediului lichid în geneza proceselor morbide, prin precipitarea colozilor, adică prin formarea de floculate albumino-coloidale, care apoi mecanic duc la afectiuni organice.

În fine un alt mare curent atribuie *psihicului* rolul cel mai important la declanșarea bolii: e teoria neuro-psihono-genetice. Psihicul influențează în două direcții. Poate fi inițiatorul cauzând pe calea sistemului neuro-vegetativ boli organice sau invers boala organică cauzează pe aceeași cale, turburări psihice. Simptomele psihice sunt și într'un caz și în celălalt identice.

Dar concepțiile generale despre boală nu se limitează aici. În mod curent, în cercurile largi ale medicinei școlare, boala este însumată în marele proces biologic al adaptabilității. Boala e lipsa de adaptare, e adaptarea în condiții anormale, e limita adaptării. Iar în medicina neoficială boala, adică manifestările ei, reprezintă tocmai reacțiile de apărare, de auto-vindecare ale organismului. Deci contrariul, e puterea cea mai deosebită, chiar și față de agenții morbiți.

Suntem deci în plină *metafizică*! Pe de o parte o morbiditate crescândă și amenințătoare, pe de altă parte nu știm încă precis ce este boala. Unii o localizează în celule, alții în spațiul intercelular, unii în mediul umoral, alții în sistemul neuro-psihic și în fine alții în întreg organismul. Mai există și o altă categorie de cercetători, care pretind că nu vom putea ști ce este boala, până nu vom ști ce este însuși viața.

Cu toate acestea, medicina academică crede că o terapie eficace nu va putea fi decât aceea care se va sprijini pe o concepție clară și solid susținută despre boală. Este necesar un fir conducător.

În ce mă privește, haosul acesta de teorii se datorește cred unei lipse de orientare a medicinei în legile mari care cârmuiesc viața. Unilateralizarea medicului, închiderea lui în cercul mic al preocupărilor sale supraspecializate, l-au îndepărtat de fenomenele generale. *Legea diversității* în natură, care se aplică în toate domeniile, fie ele morfologice, fiziologice, materiale sau imateriale, se aplică și în medicină. Boala nu este și nu poate fi unică, boala nu se poate datorî unei cauze. Motiv pentru care profesorul Siebeck definește boala astfel: „Boala nu este numai un fenomen somatic, ci și unul psihic, nu numai unul biologic, ci și unul personal și social.” La aceasta trebuie să mai adăugăm că boala nu este numai un fenomen intern, ci și unul extern, în funcție de factorii cosmici.

În lumina acestor considerațiuni se poate constata în prealabil:

1. Imbolnăvirea este întotdeauna și dela început generală, atacând funcțiile de conducere ale organismului. Ea depinde de factorii și condițiile complexe legate de individ și mediu.

2. Imbolnăvirea se face lent, trecând totdeauna printr'un stadiu funcțional predominând și reprezentând starea reversibilă a bolii.

3. Boala, în ultimul stadiu al localizării procesului morbid și al modificării morfologice, reprezintă de cele mai multe ori starea ei ireversibilă.

Să nu uităm că toate aceste condițiuni se pot aplica la imbolnăvirea curentă, care are în contrast imbolnăvirea rapidă și localizată dela început, datorită agenților fizici, mecanici sau toxici.

Conduși de principiile generale biologice, adică dispunând de o gândire sintetică — morfologică, fiziologică, biologică și psihologică — vom putea înțelege și defini mai util pentru terapeutică, boala. Găsim aici un câmp vast de explorări fie ele experimentale, fie chiar numai doctrinare.

Haosul care domnește în patologice, este transpus și în terapeutică. Există o terapeutică academică și una neacademică. În anii din urmă s'a cercetat spre a se evidenția dacă în afară de „metode terapeutice”, există și „principii terapeutice”, ajungându-se în cele din urmă, în anumite cercuri medicale, la un compromis: să acceptăm orice remediu care ajută și vindecă, fără a ne preocupa pentru moment de explicațiile mecanismului, de speculațiile științifice. Bolnavii și suferinzii nu mai pot aștepta explorările științifice. Acest fel de a vedea a determinat Germania să adopte în medicina școlastică, homeopatia și medicina naturistă, care au fost aprig și îndelung combătute. Întâl să ajutăm și apoi să cercetăm!

Principiile generale cele mai răspândite în terapeutică modernă sunt următoarele: *principiul funcțional* și *cosmetic* (adică compensarea și înlocuirea unei insufi-

clențe corporale sau funcționale), *principiul menajării* (sustragerea organului sau a funcției de sub influența factorilor și condițiilor nocive), *principiul potolirii* (stângerea simptomelor morbide după regula „contraria contrariis curantur”), *principiul stimulării* (a funcțiilor deficitare), *principiul înlocuirii* (sau a substituirii prin adăugarea lipselor elementelor vitale), *principiul stărpirii* (îndepărtarea materiei care întreține boala) și *principiul corectării mecanice* a procesului de vindecare naturală. În aplicarea acestor principii, terapia poate fi etiologică, anatomo-patologică (topică), biologică sau funcțională, locală sau generală, constituțională etc.

Posibilitățile terapeutice, adică metodele de aplicare sunt și mai numeroase: chemo-terapia care se bazează pe două principii generale: contraria contrariis curantur și similia similibus medentur. În fine ea are diferite principii speciale orientate după boli, bolnavi, simptome etc. Urmează apoi terapia chirurgicală cu multiplele ei diviziuni și subdiviziuni, care astăzi este acuzată de un abuz intervenționist. Marii chirurghi reclamă un principiu conservator mai larg. În fine fizio- și fizio-terapia, balneo și climatoterapia, dieto și mecanoterapia, terapia constituțională, terapia naturistă, gimnastico-terapia, psihoterapia, hidroterapia și anestezoterapia, sunt tot atâtea metode noi elaborate și aplicate cu succes în medicina contemporană. Să nu uităm nici terapia profilactică a bolilor infecto-contagioase, precum nici de *terapia profilactică internă*, care tinde să combată predispoziția la boală și stările premorbide.

Față de acest număr mare de terapii, mai mult sau mai puțin științifice, își reclamă un loc de înținse aplicațiunile *terapia plantelor medicinale*, *terapia populară* și *teurgoterapia*.

Dacă studiem toate terapiile izolate, vom constata că puterea de credință în eficacitatea fiecărei metode, este identică pretutindeni. Tendințele de aplicare și de experimentare direct asupra omului, și nu numai asupra animalului, a numeroaselor terapii, ne va arăta într-o zi calea adevărată. Terapia își trăiește epoca ei de înflorire, așa cum în ultimele două decenii a înflorit metodele de diagnostic. Dar paralel cu terapia științifică, s'au înmulțit metodele populare și omul laic, ca și medicul nu a renunțat să creadă în miracol și în puterea vindecătoare a divinităților.

Intențiile terapeutice au fost depășite. Trăim în abuzul de medicamente și *exploatarea* lor. Ajungem la ultimul aspect al medicinei curative: *exploatarea bolii*.

Cu fiecare înregistrare de plus a progresului, s'a înregistrat întotdeauna și un minus. Industriile medicofarmaceutice, prin progresele ei tehnice difuzează în păturile largi ale publicului cantități tot mai mari ale produselor lor. Reclama și propaganda nu a întâmpinat nicio rezistență. Stupefiantele descoperite pentru a combate durerea și insomnia, au creat o nouă plăcere:

stupefiantomania alături de toate toxicomaniile. O bună parte a preparatelor nefolositoare, au transformat prin abuzul consumului lor, bolile curabile în boli incurabile. Ele au distrus clasică prescripțiune individuală și a dus la standardizarea medicamentelor, a bolilor și a bolnavilor. Farmaco-terapeuticii sunt pe cale să dispară din universități, îl găsim în industrii, unde rentabilitatea este peste măsură de mare. Interesele bănești sunt așa de adânc angajate, încât nu putem întrevedea remedierea acestui pericol, tot mai mare pentru individ, sănătatea publică și prestigiul științei medicale. Alături de sporirea acestei industrii, iliciții, șarlatanii, revistele de speculație a medicinei populare, cresc în același ritm. Pare că se sapă o prăpastie între medic și popor. Bolnavul prins în cleștarul bolii și a suferinței, nesatisfăcut de medicina oficială, recurge la cea ilicită. Reacțiile sunt foarte mici, din partea cercurilor oficiale interesate. Un moment foarte important de unde începe adevărata criză a medicinei contemporane, a *crizei de încredere*, pe care medicina a mai trăit-o și altădată. Ocazia unei intervenții energice nu trebuie amânată.

Înainte de a părăsi domeniul terapiei să subliniem marile realizări ale medicinei curative. După un practician francez (Dr. Arrli Blachette) ele sunt următoarele:

1. Se cunosc cauzele morbidă generale.
2. S'a realizat prin terapeutică dispariția mai multor boli, imputnarea altora.
3. S'au atenuat efectele bolii asupra individului și a rasei.
4. Se vindecă astăzi sifilisul, anemiile, paludismul și unele leucemii.
5. S'au creat tratamente raționale pentru multe boli cronice: hipertensiune, boli de inimă, de ficat, de stomac și intestine.
6. S'au instituit cure specifice și preventive pentru bolile microbiene: difterie, tifoidă, meningita, tetanosul. Toate aceste datorită sero și vacino-terapii.
7. Bolile dlatezice, reumatismale se pot vindeca prin renovarea agenților fizici și cei naturali. Mai sunt boli jugulate prin chirurgie și ape termale.

Aceste rezultate se datoresc atât ponderabilului, cât și imponderabilului. În această direcție un mare internist german afirmă că 75% din terapia modernă este psiho-terapie.

În sarcina medicinei curative mai rămân următoarele mari probleme de rezolvat:

1. Vindecarea și prevenirea bolilor sociale: tuberculoza, sifilisul, cancerul, paludismul.
2. Prevenirea și vindecarea afecțiunilor cronice ale inimii, ale plămânilor, ficatului, rinichilului etc.
3. Prevenirea și vindecarea bolilor de nutriție.
4. Prevenirea și vindecarea bolilor neuro-mintale, precum și a celor ereditare.

5. Prevenirea și vindecarea bolilor cauzate de civilizație.

În această ordine de idei, în haosul teoriilor și metodelor medicale un proces de reconstruire spirituală se află în plină desfășurare. Se cercetează o axă centrală, idei călăuzitoare, pentru a se putea face lumină și ordine în belșugul de fapte, adunat prin munca analitică a ultimilor decenii.

În medicina preventivă, problemele sunt cu mult mai puțin numeroase. Combaterea și prevenirea bolilor infecto-contagioase, este asigurată într-o bună măsură. Această categorie de boli continuă a da încă o contribuție atât morbidității, cât și mortalității. Dacă mortalitatea a fost simțitor scoborită prin prevenirea acestor boli, morbiditatea este însă în creștere. Boala infecțioasă lasă mai totdeauna o leziune organică sau funcțională, care duce mai târziu sau mai de vreme la afecțiuni cronice. Să ne reamintim numai de *infecția focală* descoperită în ultimii ani, în sarcina căreia se pun afecțiuni grave și multiple, ale majorității organelor vitale.

Dar bolile medicinei preventive nu sunt numai cele infecțioase. Bolile de nutriție, bolile degenerative, bolile mintale și ereditare aparțin tot aci. Să nu uităm și pe cele alergice.

Dar el îl revine încă o altă misiune deosebit de importantă: *conservarea sănătății*. În concepția modernă, sănătatea nu este un bun pe care îl dobândim odată pentru totdeauna, scutiți de orice obligațiune pentru conservarea ei. Sănătatea este un bun pentru care trebuie să luptăm necontenit a-l păstra. Pentru a ne naște și trăi sănătoși, igiena ne impune și ne recomandă o serie de reguli. Vitea, oriunde se va desfășura ea, dar mai ales în marile orașe, nu mai poate fi concepută, fără respectarea unor elementare reguli de igienă. Căsătoria, procreația, gestația, sugaciul, copilul, adultul și bătrânul își au igiena lor particulară. Școala, atelierul, industria, sportul, munca intelectuală își au de asemenea reguli de igienă. Toate actele mari ale autoconservării — hrana, îmbrăcămintea, locuința, urbanistica — nu mai pot fi imaginate fără igiena lor proprie. Igiena pătrunde în toate tainele vieții noastre zilnice și starea morbidității actuale se datorește în bună parte ignorării ei. Igiena fizică și cea mintală, vor constitui crezul de mîne al fiecărui medic și individ.

Igiena dublată de eugenie, a corectat într-o oarecare măsură, un mare neajuns al medicinei curative. S'a spus cu drept cuvânt, că ea face o *selecție negativă*, prin conservarea vieții tuturor celor debili, infirmi sau degenerați. Medicina s'a condus după principiul: salvarea vieții cu orice risc. Combaterea mortalității infantile, a lăsat să ajungă până la vîrstă adultă, persoane neapte vieții independente. Libertatea desăvîrșită a concepțiunii, a îngăduit celor degenerați și debili mintali să procreze. Numărul lor a crescut și fiind

foarte prolifici, calculele au arătat că într'un viitor mai îndepărtat, numărul acestora va domina pe al normalilor.

Pentru înlăturarea acestui pericol, s'a admis și s'a legiferat principiul prin care se exclude dela procreaște inferiorii mintali și corporali. Igiena face în ultima vreme o *selecție pozitivă*. Ea are scopul final de a asigura viitorul biologic al neamului. E ramura biopolitică a igienei.

Dacă azi medicina curativă domină cea mai mare parte a preocupărilor medicale, medicina viitorului este a celei preventive. Ea va ocupa treptat din spațiul celei dintâi. Medicul este în primul loc chemat să dea el însuși exemplu de viață igienică. Prin exemplu și propagandă, să reușim a smulge pe om din ghiarele bolii.

Ca ultim ram al medicinei, este și *medicina legală* sau juridică sau cu un termen mai puțin tehnic *expertiza medicală*. Obiectul ei principal este tot boala și moartea, privite numai sub aspectul lor juridic, penal sau civil. Toate atributele morfologice, fiziologice sau psihologice ale omului în raport cu legea, aparțin medicinei legale.

Ultimele două compartimente ale medicinei, sunt ocupate de învățământ și exercițiul medicinei.

Nu este locul a ne opri în detaliu asupra *învățământului medical*. Este însă evident, că reconstruirea unei noi medicine va pleca dela învățământ. Principiul învățământului medical universal și al celui specializat, ridică azi numeroase probleme. Dar însuși orânduirea de bază a acestui învățământ, în care stăpânește metoda analitică și studiile morfologice, lipsite de o unitate și de o corelațiune mai intimă, justifică tendințele de reformă care se cer alurea. Se discută și se propun noi metode *de cum* să se învețe și mult prea puțin *ce* să se mai învețe la medicină. Odată cu sporirea specialităților medicale, catedrele s'au divizat și s'au înmulțit. Capacitatea studentului este pusă la o grea încercare, în contradicție chiar cu principiile igienei mintale. Eforturile de memorie la care este supus studentul medicinist îl impledecă de a-și putea plămădi în decursul școlarității personalitatea sa medicală.

Învățământul medical rămâne o problemă deschisă. Tendințele actuale se orientează spre o medicină sintetică somato-psihică, spre tendințele generale de a privi omul în totalitatea lui.

Exercițiul medicinei își are și el problematica sa. Principiile care călăuzesc practica medicală, variază între libertatea deplină pentru oricine sau numai libertate-monopol pentru medicii titularizați. Libertatea „dreptului de a îngriji” pentru orice persoană persistă încă în Germania și în alte puține țări. Medicina ilicită este o problemă numai în țările în care dreptul la exercițiu este acordat titlaților.

Astăzi profesiunea medicală are trei aspecte generale: o întâlnim sub forma *profesiunii libere*, aspect

care tinde treptat să dispară. Apoi este profesiunea *etatizată*, care tinde să se generalizeze sau în fine profesiune *socializată*.

Profesiunea liberă se bazează pe vechiul principiu al *liberiei alegeri*. În conjunctura socială, politică și economică, medicul începe prin a fi funcționar al Statului și numai timpul liber îl folosește pentru profesiunea liberă. Profesiune liberă cu adevărat este foarte rară. Aparatura modernă medicală, folosită pentru diagnostic și tratament, cere de cele mai multeori capital și local, pe care cel mai mulți începători, nu le au. La noi, ca și în alte multe țări, trăim compromisul medicului etatizat — liber profesionist.

Etatizarea se extinde. Prinde pe medic, bolnav și boală. Instituția asigurărilor sociale e în plin progres și chiar pe punctul de a îngloba mase tot mai compacte. Instituția care trăiește îndeosebi pe activitatea medicală, este departe de a reprezenta un ideal al profesunii medicale.

În fine s'a experimentat în țările suprasocializate, socializarea medicinei: standardizarea medicului. Experiența n'a reușit în întregime, căci se revine la o re-așezare ierarhizată a corpului medical. În una din aceste trei forme va fi turnat exercițiul medicinei de mâine.

Întreaga existență a medicinei, cu toate compartimentele ei, se sprijină pe o axă centrală: *dreptul la sănătate*. Este dreptul care izvorăște din drepturile omenești naturale, din libertatea individuală. Dreptul la sănătate se află deasupra tuturor drepturilor, suveran al fiecărui individ. El este încredințat medicinei de către societate spre a fi satisfăcut. Dreptul la sănătate este astăzi deținut de Stat, care și-a luat obligațiunea de a-l garanta și chiar de a-l impune cetățenilor lui. Dreptul la sănătate și *dreptul de a vindeca*, constituiesc bazele fundamentale ale dreptului medical. De aci iradiază toate principiile călăuzitoare ale existenței și funcționării medicinei, ca instituție generală în organizarea Statului. De felul cum sunt privite și soluționate acestea, depinde în bună parte rezultatele finale ale exercitării medicale. În starea actuală dreptul la sănătate este asigurat principial în mod egal tuturor, iar dreptul la vindecare este restrâns, supus unor prescripțiuni juridice.

În dreptul medical se pot distinge patru secțiuni principale: politica sănătății publice, organizarea corpului medical în structura Statului, sociologia medicală și etica medicală.

Politica medico-sanitară este aceea care și-a asumat în anii din urmă dreptul de a organiza și ocroti sănătatea publică. Sănătatea individului este de ordine publică. Statul are tot interesul, din punct de vedere al politicii sale interne sau externe, ca fiecare individ să fie sănătos, capabil de muncă în interesul colectiv al Națiunii. De aceea el încurajează și sprijină căsătoriile, nașterile, ocrotește pe mame, copii și chiar pe cei

In loc de tinctură de iod

SEPSO

Inlocuitorul desăvârșit al tincturei de iod

Tinctura SEPSO este o soluție alcoolică din combinațiuni complexe ale anumitor metale cu brom și rhodan. Concentrarea ei corespunde unei tincturi de iod 10⁰/₁₀₀, având aceeaș putere desinfectantă.

Tinctura SEPSO fiind complet lipsită de iod, ea poate fi folosită și la persoanele sensibile la iod.

Se găsește în flacoane de
20, 50, 1000 cmc. în tuburi de 3 cmc.

Prospecte și lămuriri la cerere.

ODOL-PHARMA, BUCUREȘTI IV
STR. APOSTOL MARGARIT 22



Tuse, Gripă, Pneumonii, Broncho-pneumonii

Eucalyptine

Sirop, Fiole

Compoziție: Esență de terpinată de Eucalyptus, Phenol-sulfonat de Sodiu, Camphosulfonat de Sodiu, Codeină, Tinctură da Belladonna.

Sare de calciu asimilabil integral, remineralizator, recalcifiant

G a u r o l

Fiole

Compoziție: Dipropanoloiphosphite de Calcium, Dipropanoloiphosphite de Magnesium.

Pansement gastro-intestinal, iperchlorhidrie, gastropatii

Bismuth Desleaux

Compoziție: Carbonat de Bismut chimic pur, Subcarbonat de calciu.

Antiseptic și sedativ genital. Uretrite, prostatite, descongectiv pelvian

Mictasol

Comprimate

Compoziție: Malva Purpurea, Hexamethylentetramină, Camforă monobromată.

Laxativ ușor, reeducarea intestinului

Lactolaxine

Comprimate

Compoziție: Fermenți lactici, Choleinat de sodiu, Phenol-Phtaleină, Agar-Agar.

Stări icterice, congestia ficatului, calculi hepatici, colite, enterocolite

Huile Haarlem

Compoziție: Ulei de in și Ulei de terpenină.

La farmacii și droguerii

Depozit permanent: „Drogueria Standard” S. A. București I, Str. Sf. Ionică Nr. 8

Profilaxia și Terapia Rachitismului

Fixator de Calciu

VIOSTERIN

Dr. WANDER

Vitamina D standardizată în unități internaționale

U L E I U

1 cmc = 15.000 unități

DRAGEURI

1 drageu = 3.000 unități

Antipiretic cu acțiune bactericidă

Antigripal

Antirumatic

GERMICID

Dr. WANDER

Tablete cu 0,5 gr.

Supozitoare cu 1,0 gr.

Supozitoare pentru copii 0,20 gr. cu Cafeină 0,02 gr.

Pulbere pentru receptură

Sulfamidă cu toleranță optimă

SULFORONIN

Dr. WANDER

Sulfanilyl — aminopiridină

**Gonoree - Pneumonie - Meningită - Strepto - Stafilococie - Colibaciloză
Dizenterie**

Tuburi cu 20 tablete á 0,5 gr.

Mostre și literatură trimite la cerere :

Dr. WANDER S. A.

Fabrică de produse farmaceutice și dietetice

București II. - B-dul Bucureștii-Noi 90

deficiență. Asigură asistența medicală a celor lipsiți de mijloace și pune la dispoziția marelui public instituții medico-sanitare competente conduse și bine utilizate, pentru ca cei bolnavi să se poată trata. Organizează nu numai medicina curativă, ci și pe cea preventivă, dispunând de medici igienici, eugenici, pentru a garanta pe de o parte sănătatea individuală și colectivă, iar pe de altă a obliga pe fiecare a se trata și a se menține sănătos. Medicina devine astfel o *nouă putere în Stat*, alături de cea administrativă, executivă etc.

În această evoluție a idealilor politici și administrative, Statul are și dreptul de a recruta corpul medical, a pregăti și recruta personalul auxiliar medical.

Aspectul cel mai nou al capacității politice medicale se desăvârșește prin incorporarea în structura Statului a corporațiunii medicale. Corpul profesional dobândește oficial dreptul de conducere și guvernare în domeniul sănătății publice. Fie prin sistemul corporaționist, fie prin sistemul camerelor medicale sau a altor organizațiuni obligatorii, corpul medical este ridicat în fruntea propriei sale profesii. Aceasta a fost un ideal pentru care s'au dat lupte susținute. Doriința de organizare, administrare, jurisdicție și guvernare asupra profesiei, este oarecum cristalizată în aceste organizațiuni politico-medice. Nu știu dacă practic acest ideal a fost atins. Istoria ne va arăta. În orice caz faptul este îmbucurător, el va trebui menținut și perfecționat. E singura cale care va duce la ameliorarea morbidității, la crearea și menținerea *spiritului igienic* și la *continuitatea* preocupărilor medicale între problemele de guvernământ.

Dar înainte de a se recunoaște *capacitatea politică* a medicului, i s'a recunoscut *capacitatea lui socială*. Fiecare vindecare este privită de sociologi, ca restituirea individului mediului social, contribuind prin aceasta la progresul colectivității. În concepția sociologiei medicale, bolnavul singuratic este privit în ansamblul vieții sociale, în câmpul profesiei sau a muncii sale specializate. Boala e o trădare a intereselor colective. Vindecarea este în spiritul social, întregirea și menținerea corpului social, a capacității productive necesare funcționării lui. Medicul individualist, devine medicul socialist prin însuși capacitatea lui profesională de fiecare clipă, de fiecare zi. Dar ideea a mers și mai departe. Medicul va vedea în clientul său nu numai pe individul din orașul X, din strada Y, ci va vedea în el *stratul social* cărui îl aparține. Omul vine la medic cu toate relațiile sale sociale și va trebui să se reîntoarcă sau nu cu ele intacte. Totul depinde dacă mediul său social nu este amenințat de boala membrului său sau dacă însuși acest mediu nu are o influență nocivă asupra sa. În felul acesta medicul social de azi, trebuie să cunoască structura socială în care își exercită profesia. Bolnavul, în concepția clinică curentă nu mai este încadrat în cel 4 pereți al unui cabinet medical

sau a celor două dimensiuni a unui pat de suferință. Bolnavul trebuie privit în decursul tratamentului, în cadrele largi ale mediului său și ale întregii sale existențe. Terapia e psihosocială.

În felul acesta capacitatea științifică și profesională a medicului se stratifică cu cea socială și politică, dobândind o importanță tot mai covârșitoare în structura statului modern. Dela individ a trecut la social, dela social trece la Națiune și Patrie.

Această enormă mistune a medicului nu se poate realiza, fără un minim de etică. Etica medicală, numită curent *deontologie* medicală, este tocmai aceea care conduce gândirea și acțiunea medicală în câmpul exercițiului profesional. Deontologia discută și încadrează pe de o parte drepturile, pe de cealaltă datorțiile medicului, statornicind totodată regulile de conduită față de societate, colegi, bolnavi și cele față de el însuși. Tot aci cunoaștem sancțiunile fizice și morale, oricâteori hotărârile legale și tradiționale, vor fi depășite. Ea a devenit obiect de studiu și are în primul loc, rolul de a face o profilaxie a abaterilor dela regulile impuse de tradiție și lege. Corpul medical trece printr-o carență etică generală, consecință a tuturor crizelor prin care trece azi umanitatea. În evoluția idealilor asupra drepturilor medicale, va fi necesar a fi revizuite și principiile eticii medicale.

Astfel încheiem analiza transversală și longitudinală a problematicei medicale. Am plecat dela extrema științifică, desfășcând foale cu foale, întreg tratatul trăirii medicale contemporane. Am făcut să defileze în fața D-voastre, problemele dirguitoare ale acestei trăiri, prilej de orientare sau de oprire asupra uneia sau a multora. Câmpul de sădrie pentru un ideal medical este imens. *Ați constatat că tocmai în domeniul ideilor călăuzitoare ale medicinei este haos și nesiguranță*. Se cere lumină. Se cere muncă, apostolat, devoțiune.

Gândiți-vă la această imensă morbiditate, care secătuește vîlga tuturor straturilor poporul nostru. Nu este un ideal mai mare, mai înalt, mai plin de satisfacții morale decât să secăm izvoarele generatoare de suferință și degenerare.

Lecțiunile n'au avut numai un scop informativ, ci ele mai urmăresc, să trezească în D-voastre *spiritul științific*. Este tocmai acest spirit, de care țara are nevoie mai mult ca oricând. Spiritul științific ne ridică și ne menține în lumea idealilor mari. El stărnește elanul spre a putea îmbrățișa o problemă, a lupta pentru ea, a ne devota soluționării ei. Spiritul științific nu este în fond decât sinceritatea față de noi înșine. Înseamnă apoi o muncă susținută în taină, în amblanța faptelor generoase și creatoare, binefăcătoare multimii.

În orice sector al medicinei, doriți să valorificați acest spirit științific, veți reuși. Dispuneți de un potențial neatins.

E unica cale spre un nou ideal și spre reconstituirea unei noi medicine, ancorată de destinul biologic al neamului românesc.

Probleme terapeutice

Considerațiuni asupra tratamentului dizenteriei

de

Conf. Dr. I. Gavrilă

În tratamentul dizenteriei bacilare vom avea în vedere următorii factori:

1. Tratament igienico-dietetic.
2. Tratament specific.
3. Chimioterapie.
4. Tratament simptomatic.

Vom face câteva considerațiuni asupra acestor capitole din tratamentul dizenteric, insistând mai ales asupra celui mai nou din aceste tratamente, asupra chimioterapiei cu sulfamide.

1. *Tratamentul igienico-dietetic:* Îngrijirea igienică a bolnavilor cu dizenterie este extrem de importantă, în special a cazurilor mai grave, cu scaune muco-sângvinolente foarte frecvente. În aceste cazuri o igienă perfectă a regiunii anale se impune pentru a evita escarele și infecțiile secundare. Aceasta cu atât mai mult că acești bolnavi sunt foarte denutriți și predispuși la infecții secundare. Dacă este posibil se va ține permanent sub bolnav o pernă de gumă specială în care se poate face și scaun. Sau bolnavi foarte gravii vor fi înveliți cu cârpe de pânză ca suguri și la câteva ore, din când în când, vor fi așezați pe partea laterală, cârpele murdare vor fi schimbate după ce s'a făcut toaleta perfectă a regiunii.

Regimul alimentar. În primele 1—3 zile se va da un regim hidric: ceaiul cu zahărul, supă de orez, bulion de legume. Lichidele se vor da în cantitate importantă, ziua și noaptea. Cu ameliorarea diareei se vor da progresiv făinoase: grâs, orez, pesmet de pâine, supe de făinoase, biscuiți, pâine prăjită, pireuri de legume, unt, brânză de vacă, compot de mere puțin dulce. În caz de recidivă a scaunelor diareice se revine la regimul cu ceai.

Regimul cu mere crude, după Helsler-Moro, încă dă rezultate foarte bune, pe care l-am aplicat în foarte multe cazuri. Dacă bolnavul este la începutul bolii atunci de obicei le administrăm o purgare și după aceea îl supunem regimului cu mere crude rase. Se administrează de 5 ori pe zi, la interval de 2—3 ore, câte o porțiune de mere, de 200—300 gr., în 24 ore 1000—1500 gr. mere. Merele de obicei le curățăm de coaje, uleiul autorii le administrează cu coaja împreună, le trecem prin răzătoare și pulpa o îngerează bolnavul cu lingurița. Fiecare porțiune se trece prin răzătoare numai în momentul ingerării. Pe lângă mere bolnavul mai poate lua ceaiul cu zahărul. Durata regimului 1—3 zile.

Rezultatele terapeutice obținute cu acest regim sunt excelente atât în dizenteria la adult, cât și la copil. Temperatură, scaunele muco-sângvinolente, tenesmele, durerile abdominale dispar destul de repede.

Rezultate tot așa de bune se obțin și cu pudra de mere, preparatul Aplona, care se administrează tot de 5 ori în cursul zilei, la 2—3 ore interval, fiecare dată o linguriță plină cu 100 cc. apă caldă (temperatura să nu treacă peste 50°). Fiecare porțiune se prepară extemporaneu. Durata regimului este 1—3 zile. Acest preparat este mai ușor aplicabil la copil mai mic, la sugari, dar și unii adulți îl preferă, deoarece este vorba de un medicament farmaceutic. Aplona se poate prepara și cu ceaiul sau apă de orez, mai târziu la copil și cu lapte.

Rezultate bune am mai obținut și cu regimul de afine crude, pe care le avem la dispoziție în timpul sezonului, administrând în curs de 24 ore 1—1½ kg. de afine, luate crude în 5 porțiuni în cursul zilei, timp de 1—3 zile.

După toate aceste regimuri trebuie să fim atenți la regimul de trecere către normal, când vom da progresiv: supă de chimen, orez, grâs, cartofi, pâine prăjită, biscuiți, unt, brânză de vacă, carne slabă.

2. *Tratament specific.* Acesta constă din seroterapia antidizenterică mai bine cu ser polivalent. Se va administra doza de 40—100 cc ser, intramuscular, 2—4 zile consecutiv, cât mai la începutul bolii. Unii autori laudă foarte mult eficacitatea serului, alții, la cari mă atașez, sunt mai sceptici în ce privește aceste rezultate. Este foarte probabil că în eficacitatea serului joacă un rol important și acțiunea lui nespecifică, în sensul unei proteinoaterapii nespecifice, de iritație.

În cazuri foarte grave de boală se poate recurge și la *transfuzie de sânge*, care iarăși probabil acționează tot ca terapie nespecifică.

3. *Chimioterapie.* În această metodă de tratament predomină sulfamidoterapia, care s'a introdus în ultimul timp și în tratamentul dizenteriei și a altor infecțiuni cu predominanță gastro-intestinală.

În dizenterie cel mai mulți autori preconizează sulfamidele albe și noi utilizăm pe acestea pe o scară întinsă în ultimul timp. În anul 1942 am avut internate în serviciu 60 de cazuri cu diagnosticul clinic de dizenterie, dintre cari în 32 am aplicat terapia cu aceste sulfamide albe.

Vârsta cazurilor noastre a fost între 4—60 ani, n'am avut copii sub 4 ani.

Am utilizat preparatele: *dagenan*, *eubasinum* și *eleudron*.

Toate preparatele le-am aplicat în aceeași doză de 4—6 gr. pe zi la adult și de 2—4 gr. la copil sub 10 ani, până la ameliorarea simptomelor, 4—7 zile consecutiv.

Ca metodă de tratament în cele mai multe cazuri am procedat în felul următor: dacă bolnavul a venit la începutul bolii la tratament se aplică o purgăție imediat apoi se supune la regimul hidric clasic sau la regim cu mere sau aploa și concomitent am aplicat *dagenanul*, *eubasinul* sau *eleudronul*.

Rezultatele obținute sunt bune și ele sunt la fel de bune cu toate preparatele aplicate, nu există nicio deosebire între ele în această privință. Deși rezultatele obținute sunt bune și indicăm acest tratament în toate cazurile de dizenterie sau de entero-colite dizenteriforme, totuși nu ni se par a fi așa de impresionante cum ele sunt descrise de alți autori. Este adevărat că numărul nostru de cazuri este redus, apoi între cazurile noastre n'au fost copii sub 4 ani. Și știut este că dizenteria este mai ales gravă sub 4 ani, în general cazurile noastre de dizenterie observate în întreg cursul anului n'au fost prea grave. Astfel că neavând cazuri extrem de grave, poate nici n'am avut ocazia să observăm rezultatele extrem de impresionante descrise de alți autori, când bolnavii cu dizenterii grave, cu stări toxice extrem de pronunțate, se vindecă cu o reparațiune uluitoare numai după administrarea sulfamidelor.

În cele 32 cazuri tratate de noi cu sulfamide, cazul repetiției n'a fost de o gravitate deosebită, vindecarea s'a produs în toate cazurile însă durata vindecării este foarte puțin mai scurtă decât cu celelalte metode terapeutice aplicate până acum. Durata medie a zilelor de internare în cele 32 cazuri tratate cu sulfamide a fost de 8 zile, pe când în celelalte 28 din 1942 tratate cu celelalte metode terapeutice a fost de 10 zile. În 1941 când n'am aplicat sulfamidele durata medie a zilelor de internare la bolnavii cu dizenterie și enterocolite dizenteriforme a fost de 9 zile.

Astfel că în ce privește sulfamidele ne permitem de a ne exprima părerea că ele trebuiesc aplicate în toate cazurile, însă în ce privește eficacitatea lor ne permitem a mai reveni, când vom avea mai multe observații la dosar, în special cazuri grave, toxice de dizenterie.

4. *Tratament simptomatic.* Aici intră în primul rând medicamentele purgative, aplicate cu scopul de a curăța tubul gastro-intestinal și tratamentul stărilor generale, în special combaterea deshidratării bolnavului și a fenomenelor de insuficiență cardio-vasculară.

Când bolnavul se prezintă la începutul bolii la tratament vom face imediat o purgăție cu oleu de ricină sau sulfat de Na, cu doze potrivite. În cursul bolii când

bolnavii deja prezintă de câteva zile diaree pronunțate, tenesme, dureri abdominale, nu este necesar de a mai face o purgăție intensă, deoarece în aceste condițiuni purgativele intensifică și mai mult turburările gastro-intestinale.

După purgăție aplicăm de obicei carbunele animal, bolus alba, tanalbină, etc.

În mod obișnuit nu recurgem la opiu, ci numai în cazurile cu colice abdominale foarte mari și cu tenesme foarte pronunțate. Pentru combaterea tenesmelor și a colicelor aplicăm mai mult antispasmodice: papaverină, belladonă, atropină, în injecțiuni subcutanate, pe cale bucală sau supozitorii.

În toate cazurile vom aplica căldură pe abdomen sub orice formă.

În cazurile cu tendință la diaree cronice administrăm carbonatul de calciu și carbonatul de bismut.

Spălăturile rectale în faza acută se vor face cu mare precauțiune. Se pot face cu soluție de tanin $\frac{1}{2}$ — 1% , cu carbune animal sau bolus alba (100 g. în un litru de ser fiziologic, în care se mai poate pune 20 pic. de tinctură de opiu). Spălăturile cu permanganat de potasiu 1—2 la 1000 sau cu nitrat de argint 1/10,000—1/1000 se pot face în dizenterile gangrenoase.

Combaterea deshidratării și a insuficienței circulatorii. În cazurile mai grave de dizenterie este de o importanță considerabilă combaterea fenomenelor de deshidratare și susținerea circulației.

Într'adevăr în dizenterile grave se produce o deshidratare extremă care împreună cu insuficiența cardio-vasculară adesea duce la sfârșit letal.

Pentru combaterea deshidratării în primul rând administrăm lichide în cantitate suficientă pe cale bucală. Vom da ceală cu puțină zahăr (zahărul nu este bine tolerat de acești bolnavi), apă sărată cu lingurița pe cale bucală. În general sarea de bucătărie are influență bună asupra bolnavilor, fie dizolvată în apă sau în supă, de mai multe ori în cursul zilei cu lingurița.

Vom recurge apoi la o rehidratare prin injecțiuni cu ser fiziologic și ser hipertonic. Vom face infuziuni subcutanate de ser fiziologic, zilnic 500 cc. Sau vom da intravenos ser hipertonic 20%, de mai multe ori în cursul zilei câte 20 cc. Bune rezultate dau și infuziunile subcutanate cu preparatul tutofusin.

Circulația va fi susținută prin medicamente cu acțiune centrală, dar mai ales cu acțiune periferică, pentru că insuficiența circulatorie periferică este pe primul plan. Se vor administra sub formă de injecțiuni în caz de lipsă în mod regulat la 2—3 ore, alternativ preparatele: oleu camforat veritol, veriazol, cardiazol, cofeină, strichnină, simpatol, adrenalină etc.

Când se produce și o insuficiență cardiacă se preferă preparatele de strofantină, decât cele de digitală.

Tratamentul arsurilor gr. 3, plăgilor infectate și atone cu preparatul propriu „Oletan“

de

Dr. Spătaru Simion

Medicul Spitalului Hâncești - Lăpușna

Scopul acestei lucrări este de a înștiința cercul larg de medici, cu tratamentul nou, de-a aduce o contribuție în chestiunea tratamentului mai sus arătat și mai ales a da un ajutor medicilor dela țară, care se află în condițiuni mult mai defavorabile decât confrății din orașe, de a aduce un folos real pentru o pătură săracă a țărănimii și muncitorimii, care fiind în imposibilitate de a procura medicamentele scumpe, care lipsesc la spitale și dispensare din țară, suferă și pierd timpul prețios de muncă, ce de altfel se reflectează asupra stării economice a lor și în sfârșit de-a ușura și accelera vindecarea rănilor găsiți în spitalele de zonă interloară.

Este cunoscut faptul că activitatea medicului din mediul rural este mult mai complicată, având în vedere raza lui de activitate, într'un mediu mai puțin cult, unde orice boală și mai ales plăgile diferite, trec printr'o gamă întreagă de tratamente empirice, vătămătoare sănătății și ajung în mâinile medicului după o agravare excesivă a boalei.

Preparatul „Oletan“ are la baza sa untură de pește și este întrebuințat de noi, de aproape cinci ani.

Oleum Jecoris a fost întrebuințat în medicina populară aproape din ziua apariției lui pentru folosința omului.

Este cunoscut faptul că eczemele scrofuloase au fost tratate de popor cu untura de pește și dădeau rezultate favorabile.

Oleum Jecoris a fost întrebuințat și de medici, dar după apariția diferitelor produse chimice și întru cât nu se putea lămurii cum acționează untura de pește, acest produs natural, cedă locul altor substanțe oferite, a căror acțiune fiziologică exactă a fost deja stabilită și-a fost uitat un timp oarecare.

După descoperirea în untura de pește a vitaminelor A și D, această untură a început din nou să joace un rol important în tratamentul plăgilor și fabricile din străinătate au început să fabrice preparatul ca: „Desitin“, „Desitin mol“ și altele.

Aceste produse, fiind experimentate, s'au dovedit bune, însă din cauza prețului foarte scump, au rămas inaccesibile pentru clientela săracă rurală, deci și pentru spitale rurale.

Untura de pește conține corpuri chimice minerale ca: iod, fosfor, alcaloizi speciali ca aselină și moruină; li-

polizi-lecitină; colesterolă și vitamine A și D, care activează creșterea.

Untura de pește are acțiune bactericidă, nu cultivă microbi și infiltrează țesuturile necrozate.

După Löhr, untura de pește excită țesuturile în toto, iar procesul de epitelizare accelerează, cicatricile nu sunt aderente, ci groase și supte.

Deși sunt partizanul tratamentul arsurilor cu sol de acid tanic, care dă rezultate foarte bune la arsuri de gr. I și II, mai ales în formă de pulverațiuni fine ale locurilor atacate, dar am rămas puțin mulțumit la arsurile grave de gr. 3, așa că întrebuințarea Oletanului în asemenea cazuri, s'a dovedit mult mai superioară tratamentul cu sol. de acid tanic, din următoarele considerente:

La întrebuințarea acidului tanic: 1. Se face crustă groasă și netransparentă sub care nu se vede puroiul; 2. Sub crustă groasă se fac granulațiunii mari neregulate ale căror creștere nu se poate controla și care dau cicatrici groase și vicloase; 3. Soluția apoasă de acid tanic este foarte nestatornică.

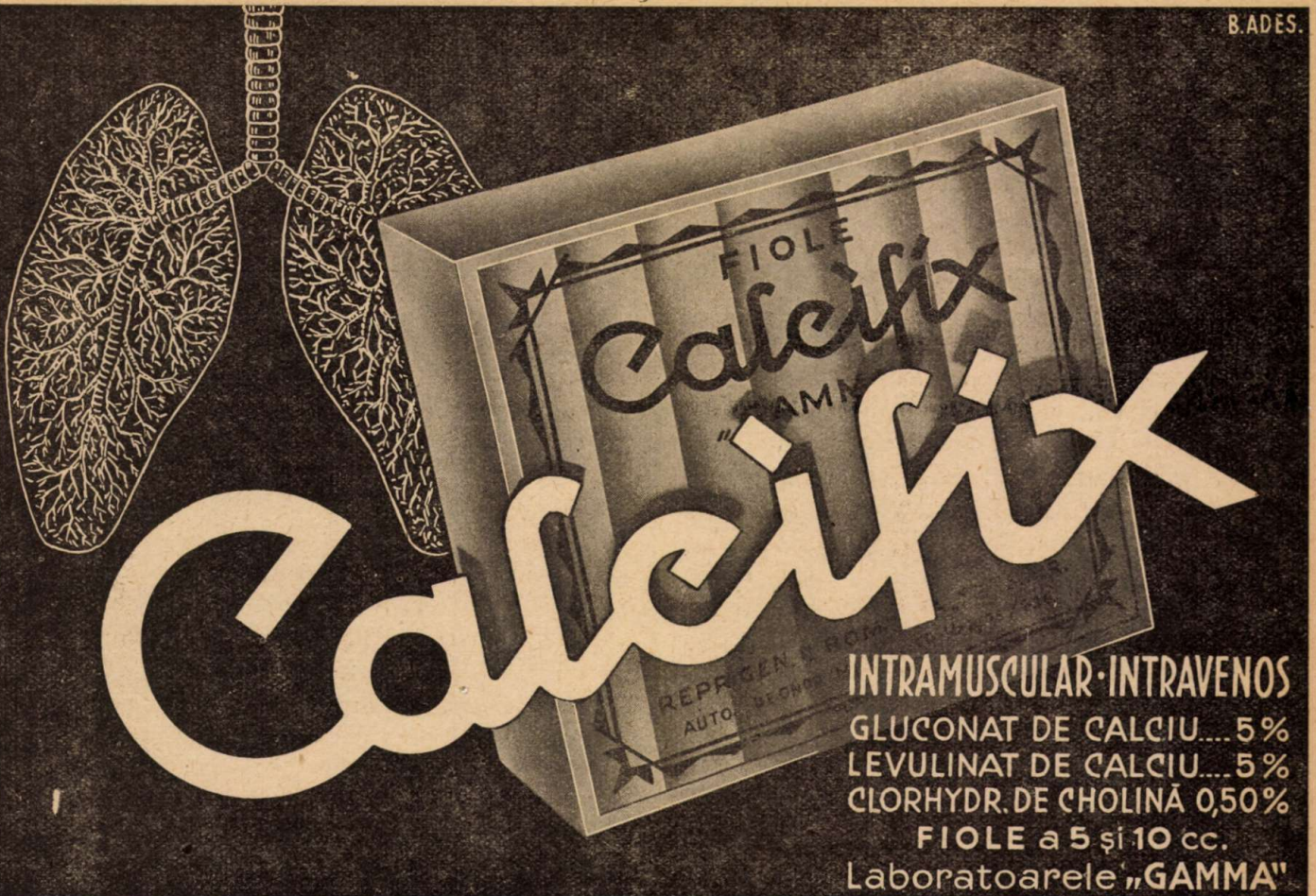
Afară de aceasta la tratamentul arsurilor, mai ales de gr. 3 sunt necesare următoarele condițiuni: 1. Cea mai riguroasă asepse; 2. pansamentul trebuie să fie analgezic ca să suprimă iritația terminărilor nervoase periferice; 3. Să nu adere la țesuturile cutanate denudate; 4. Să nu provoace emoragii și nici dureri la schimbarea pansamentelor; 5. Să nu fie toxic; 6. Să nu producă retracțiunile și cicatricile vicloase, hipertrofice-cheloidale.

Oletanul îndeplinește toate condițiunile de mai sus: granulațiile produse din abundență dau o pătură profundă de bună calitate.

Oletanul trebuie să fie lăsat cât mai mult pe plagă, ori în plagă, pentru a nu leza prin schimbările dese de pansament granulațiile care s'au format.

Am întrebuințat Oletanul în arsuri gr. 3 grave, în plăgi cavitate profunde, în plăgi traumatice cu decolări mari de tegumente, în flegmoane și abcese după deschiderea lor, în ulceratiuni varicoase, emoragii în fistule precum și în orice plagă cu cicatrizarea întârziată.

Cicatrizarea în cazurile mele n'a prezentat tendință la cheloid, se produce nu numai o simplă cicatrizare ci o regenerare a țesuturilor lezate; cicatrizările obținute sunt perfecte din punct de vedere cosmetic.



Calcifix

FIOLE
"GAMMA"

REPRESENTANȚA
AUTO. DE COM.

INTRAMUSCULAR · INTRAVENOS
 GLUCONAT DE CALCIU.... 5%
 LEVULINAT DE CALCIU.... 5%
 CLORHYDR. DE CHOLINĂ 0,50%
 FIOLE a 5 și 10 cc.
 Laboratoarele „GAMMA”

OVOCALCIUM

GYNOFOLIN + GLUCONAT DE CALCIU

Turburări de insuficiență ovariană, anovarii congenitale, sau câștigate, menopauză precoce sau fiziologică.

Cutii cu 6 fiole a 5 cmc. pentru inj. intramusculare. Una fiolă la 2 zile.
 Flacoane cu 35 comprimate a 0,35 gr. pentru uzul intern, 3—4 pe zi.



In afecțiunile
căilor respiratorii

BRONCHOSEPTOL
DRAGELE

B.ADES.



Anemoton
„GAMMA”

TONIC ȘI
RECONSTITUANT

ANEMIE
SURMENAJ
LIMFATISM

INDICATII
Anemii
Asten
Apoten
Fatism
Prost
Ritism
Ictus
Anul ner
Scula
trebur

Modul de întreținere
ADULTI 2-4 linguri
COPII 1-2 linguri
pe zi

LABORATOARE „GAMMA”

Reprezentanța pentru România: „S. I. F.” s. a. r. București IV, Str. Avram Iancu 32

BRONCHISAN

Asthma-Tabletten



Mijloc sigur pentru
tratamentul peroral
și prevenirea ac-
ceselor de asthm.

ATMOS-GESELLSCHAFT FRITZSCHING & CO., MANNHEIM-WALDHOF

Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6

Oletanul a fost întrebuințat nu numai la bolnavi staționari dar și la ambulatori cu rezultatele uluitoare în unele cazuri.

Dau mai jos numai câteva observații care au prezentat interes din punct de vedere a gravității lor.

Cu regret sunt nevoit să mă mărginesc numai cu 4 observații deoarece celelalte mai numeroase și interesante, mai ales la răniți, au ars în spitalul pe care l-am condus mai înainte.

Observația 1. Bolnavul P. P. în etate de 7 ani din com. Temeleuți intră în spital (Călărași—Lăpușna) la 10 Aprilie 1937, cu arsuri gr. 3 ale hemitoracelui drept, jumătatea spinării și flancului drept al abdomenului.

Regiunile atacate prezintă plăgi vaste sângerânde de culoare neagră (după sfatul unei babe regiunea arsă a fost unsă cu cerneală neagră). O parte a hemitoracelui este acoperită cu un burete lemnos (tratamentul popular al hemoragiilor).

Cu mare greutate se face toaleta suprafeței arse. Se aplică bucăți de tifon imbibat în Oletan, iar pe deasupra un strat subțire de vată.

A doua zi la schimbarea pansamentului toată suprafața arsă este acoperită cu secreție murdară abundentă. Pansamentul se schimbă peste 2 zile. La 8 zile toată suprafața atacată e curată cu muguri roșii, începutul epidermizării dela periferie.

Pansamentele se schimbă peste 3—4 zile. După fiecare pansament se observă creșterea uluitoare a epidermei și în ziua de 9 Mai 1937, iese din spital cu o insulă neepidermizată în mărimea unei nuci.

Nu se observă o cicatrice vicioasă nici un cheloid.

Observația 2. Bolnavul I. B. de 44 ani, plugar din com. Temeleuți intră în spital la 12 Iunie 1937, suferind de proctită care s'a abcedat spontan. Intre anus și scrotum o plagă mare și profundă cu marginile gangrenoase, sfacelate și cu secreția purulentă, murdară și foarte fetidă.

Plaga aceasta a avut aspect atât de urât, încât oficianța de spital aflând de internarea acestui bolnav a exclamat: „dar ce putem face cu el”.

Se face toaleta plăgii cu apă oxigenată și se tamponează cu o meșă de tifon imbibată cu sol. de Rivanol 1:2000. A doua zi toată cavitatea plăgii se tamponează cu Oletan. Peste o zi plaga are aspect mult mai curat, au apărut pe alocuri și muguri roșii. Pansamentele cu Oletan se schimbă peste 2 zile, cavitatea plăgii absolut curată, cu muguri vii roșii.

Pansamentele se schimbă peste 3—4 zile și în sfârșit defectul mare este înlocuit de țesuturi noi atât de rapid că în ziua de 4 Iulie 1937 bolnavul părăsește spitalul cu rana închisă complet și cu o cicatrice liniară regulată prin creșterea și afrontarea perfectă a buzelor plăgii.

Observația 3. Bolnavul V. B. de 46 ani, preot-călugăr, com. Hârjavca, se internează în spital la 9 Februarie 1937, suferind fractură comunitivă deschisă a tibiei stângi în treimea medie în urma unei plăgi prin armă de foc (tentativa de omucidere).

După ce i se aplică o gutieră de sârmă cu ferestruică la nivelul fracturii, plaga este tratată cu Oletan, schimbându-se pansamente prima săptămână peste 2 zile, iar pe urmă peste 3—4 zile. La 26 Martie 1937, bolnavul iese din spital complet vindecat, cu gamba consolidată și cu o scurtare minimă a membrului inferior stâng.

Observația 4. Bolnavul A. B. de 14 ani din com. Horodiștea, intră în spital la 28 Martie 1939 suferind de decolarea tegumentelor de pe fața dorsală a mâinii drepte și ale degetelor, care se acopere cu bande dermo-epidermice.

Pansamente peste 2—3—4 zile cu Oletan. Bandele sfacelate se decolează, creșterea abundentă a mugurilor roșii vii; epitelizarea rapidă dela periferie spre centrul plăgilor.

La 27 Aprilie 1939, bolnavul iese din spital cu plăgile complet vindecate, netede și ușor pigmentate.

Granulațiile produse din abundență dau o pătură profundă de bună calitate.

Oletanul trebuie să fie lăsat în plagă sau pe plagă mai mult, pentru a nu leza prin schimbările dese de pansament granulațiile care s'au format.

Compoziția Oletanului este următoarea: Rp. Untura de pește 100 gr., Acid tanic 2 gr., Balsam peruv. Lanolină, Vaselină aa 20 gr.

M'am folosit de compozițiunea aceasta dela început pentru tratamentul arsurilor gr. 3, iar pe urmă, fiind încercată în diferite plăgi, s'a arătat că are acțiune și mai bună ca la arsuri.

Oletanul are aspect semilichid puțin gelatinos, de culoare galben-cafeniu.

Acțiunea componentelor Oletanului este următoarea: Acidul tanic are acțiune adstringentă și usucă țesuturile de exemplu: pe mucoase sau plăgi, fiind în contact cu albumina, fibrina etc. le transformă în corpuri puțin solubile și prin aceasta crează un strat superficial. Afară de acțiunea sa adstringentă, acidul tanic are o acțiune anestetică oarecare și împiedică putrefacția și mirosul.

Balsamul de peruv are acțiune antiseptică și în doze mai mari ca iritant ușor și desodorează în oarecare măsură mirosul neplăcut al untului de pește.

Adăugarea grăsimii animale ca lanolină și minerală-vaselină face ca activitatea vitaminelor conținute în untura de pește să fie înlesnită.

Cred util se dau o remarcă, de modul preparării Oletanului. O cantitate necesară de acid tanic se dizolvă în puțină apă destilată, se adaugă lanolină pentru legătura cu sol. de acid tanic și vaselină care se amestecă bine.

Amestecul se pune în bala marlă, se amestecă mereu până la topirea lui, adăugând puțin câte puțin untură de pește.

Este evident că fierberea acestel mase este interzisă pentru a evita distrugerea vitaminelor aflate în untura de pește.

După răcirea acestel compoziții, se adaugă o cantitate corespunzătoare de balsam peruv. în caz contrar el cade pe fundul vasului.

Acest inconvenient depinde de altfel și de calitatea balsamului. Oletanul se păstrează la răcoare.

Ca să avem untura de pește pentru anotimpul cald, când untura de pește lipsește în depozitele noastre, procurarea ei trebuie să fie făcută la timp și păstrată într-o ghețarie sau beclu.

Oletanul fiind semilichid, îmbibă tifonul, așa că meșele pot fi introduse în plăgi cavitate și chiar în fis-tule mici de diametru.

Pansamentele se schimbă primele 2—3 zile coti-dian, iar mai târziu peste 2—3 și 4 zile.

Și schimbarea pansamentului este în legătură cu anotimpul, deoarece vara aceste pansamente miroasă destul de neplăcut ce necesită schimbarea lor mai deasă.

Pentru înlăturarea în parte a acestui inconvenient se recomandă punerea unui strat mai gros de vată, sau stropirea ușoară a pansamentului cu Oleum de tere-bentină.

Termin această lucrare cu speranța că colegii vor încerca tratamentul mai sus descris și se vor face con-cluziunile cuvenite.

Societăți medicale

SOCIETATEA MEDICALĂ A SPITALULUI MILITAR SIBIU

Sedința din 3 Noembrie 1942.

Prezidează: D-l Prof. Dr. C. Tătaru.

Prof. Dr. C. Tătaru și Dr. N. Albu: Keratoderma-sime-trică-palmo-plantară. (Keratoderma ereditară sau Keratomul palmo-plantar din insula Melada.)

În serviciul nostru în decursul anului 1942, s'au perindat 7 cazuri de Keratom-palmo-plantar. Din punct de vedere militar acești bolnavi i-am considerat irecuperabili, fiind clasati ca re-formati.

Primul caz. Sold. M. G. ctg. 1939, din Reg. 40 Art. Turda
Antecedente personale, istoric: Dela naștere leziuni pe palmi și tălpi; o soră suferă de aceeași afecțiune.

Starea prezentă: — Pe palmi și tălpi simetric prezintă o Iper-Keratoză difuză, împrejmuită spre dosul mâinilor și picioarelor de o bandă eritematoasă.

Palmi: Iper-keratoză difuză, corespunzător plicelor rha-gade profunde dureroase. Unghiile distrofice cu iper-keratoză sub unghiulară.

Tălpi: Iper-keratoză difuză care la margini formează ecres-cențe cornoase proeminente, fisuri profunde, unghii distrofice; sensibilitate pronunțată la mișcările active și pasive.

II. — Al doilea caz: Sold. G. I. conting. 1929, din Bat. 1 Instr. și Rep. Auto. de loc din Romanați com. Lanca.

Antecedente H. C.: Nu poate să ne precizeze dacă a mai suferit cineva de aceeași afecțiune.

Antecedente personale, istoric: Bolnav de aprox. 10 ani, când a observat o îngroșare difuză a palmilor și tălpilor.

Starea prezentă: Pe ambele tălpi simetric epiderma pre-zintă o îngroșare constituită prin o masă cornoasă de aproximativ 4—4 mm. compactă brăzdată prin numeroase fisuri profunde foarte dureroase. Această masă cornoasă, periferic spre dosul picioarelor este anturată de o zonă lividă de acroceanoză.

Palmi: Pe ambele palme diseminat numeroase leziuni cir-cumscrie ori liniare iper-keratozice dispuse pe traiectul tendoa-nelor. Mișcările funcționale sunt greoaie șiacompaniate de dureri.

Dr. C. Gheorghiu: Tumoră a epididimului. Prezentăm bolnavul Mihai V. Marin din Reg. 7 A. Gr. care la începutul lunii Iulie a. c. în urma unui efort simte în regiunea inghino-scrotală dreaptă o durere vie, care se localizează apoi la testicolul drept apărând la puțină vreme o formațiune tumorală de mărimea unei măsline.

Durerile s'au atenuat dar tumora a continuat să crească ajungând la mărimea unei mandarine după cum o vedeți aci, (se prezintă piesa operatorie).

Puși în fața unei formațiuni tumorale testiculare cu evoluție așa de rapidă și cu semnele clinice ce excludeau complet maligni-tatea am intervenit fără a avea precizat diagnosticul.

La intervenție găsim o tumoră, așa cum ați văzut-o, ea era localizată exclusiv la epididim lăsând complet indemn testicolul și transformând complet epididimul care nici nu se mai putea distinge ca formațiune anatomică.

Extirparea tumorii se face foarte ușor, aceasta enucleindu-se cu multă ușurință, cu care ocazie ne convingem din nou de in-demnitătea testicolului.

Piesa examinată la Inst. de Anat. Pat. a Univ. Cluj-Sibiu ne spune următoarele:

Nr. 124/B din 10. X. 1942.

Rezultatul cercetărilor: În excizia trimisă nu se vede epidi-dimul, ea fiind formată în întregime dintr'un țesut scleros hiali-nizat în parte, dispus în fascicule, unele din ele concentrice în jurul unor formațiuni amorfice, colorate în violet cu hematoxilină. Se găsesc și câțiva noduli inflamatori, limfo-plasmo-celulari, cum și vase cu pereții îngroșați până la obstruare.

Nu sunt caractere de neoplazie; este un nodul fibro-scleros în parte impregnat cu calciu, consecutiv unui vechiu proces infla-mator cu etiologie mai probabil specifică (T. B. C.).

Dir. Inst. Anat. Pat.

Indescifrabil.

Dat fiind că la nivelul epididimului nu prea suntem obiș-nuiți cu tumori solide de aspectul celei de față și mai ales pentru faptul că pe lângă aspectul macroscopic al tumorii dar mai ales prin evoluția clinică, punem chiar în dubiu și examenul histo-patologic; ne gândim dacă resturile embrionare Wolfiene ca și celelalte resturi atât de puțin studiate din punct de vedere histo-patologic, nu ar putea fi punctul de plecare al tumorii noastre.

Dr. St. Gârbea, Dr. A. Mavru, Dr. G. Trifon și Drd. Săsă-reanu: Considerațiuni asupra a două cazuri de mastoidită acută exteriorizată, complicate cu trombo-flebită a sinu-sului lateral și paralizie facială. (Operate, vindecate).

Cazul I, e al unei femei: Mureșan Ana în vârstă de 29 ani de profesiune moașe, soție de agent sanitar din comuna Smig jud. Tr.-Mică. A fost internată în Spitalul Militar Sibiu în 22 Febr. 1941, adică în prima iarnă după refugiu, când o parte din clini-cile universității au primit ospitalitatea atât de bunăvoințoare a acestui spital.

Istoricul boalei: înainte cu două săptămâni dela internare în spital bolnava a prezentat brusc cefalee, temperatură înaltă, guturai, dureri auriculare în dreapta, și în ziua următoare scurgere spontană. Chiar după un tratament conservativ de 10 zile boala s'a agravat: scurgerea auriculară foarte abundentă, dureri acen-tuate retro-auriculare cu țesuturi tumefiate și roșii.

În ajunul intrării în spital, bolnava prezenta temperatură înaltă, frisoane, ușoară rigiditate a cefii, starea generală foarte alterată.

La examenul local, se constată o pareză facială dreaptă cu puroi în conduct și casa timpanului sub tensiune și exteriorizare accentuată a procesului supurat în regiunea mastoidiană.

Se procedează chiar în ziua intrării la intervenție sub narcotă cu eter.

După eliminarea abcesului sub periostal se trepanează tabla externă în triunghiul clasic sub care apar o masă cazeoasă și foarte superficial dăm peste sinusul lateral plin cu fungozități, se descopere sinusul pe o întindere de cca 4—5 cm. până întâlnim partea sănătoasă în spre pretuberanța occipitală externă.

Osteita fiind foarte întinsă și spre casa timpanului executăm o evideră petro-mastoidiană parțială. În spațiul intersinuso-facial osteita este foarte profundă, eliminându-se și mici sechestre.

Cercetând sinusul lateral pe lângă o periflebită cu fungozități, prezintă și un trombus, puncția fiind negativă.

Se deschide sinusul, se elimină trombusul curățându-se cu multă delicatețe cavitatea lui, și când apare sângele din spre capătul superior se tamponează puternic cu meșe cu eter iodoformat.

Plaga mastoidiană fiind terminată se trece la ligatura jugularei care se execută deasupra trunchiului tiro-liguo-facial.

Postoperator bolnava evoluează bine, temperatura se reduce, frisoanele dispar, i se administrează prontosil combinat cu dagenan și doze mari până la 16 tab. în 24 ore. Cu fiecare pansament bolnava însă avea dureri insuportabile și o accentuare a paraliziei faciale, după introducerea meșei cu eter iodoformat. După câteva pansamente am suprimat eterul iodoformat și paralizia facială a început să dispară treptat, în primele trei săptămâni.

Explicația poate fi următoarea: din cauza sechestrelor întinse la masivul facialului, punctul de nevrită care produsese paralizia facială ante-operatorie a rămas denudat și la fiecare pansament eterul iodoformat, substanță atât de iritantă, ajungând în contact cu nervul bolnav, îi producea o serie de contractări și dureri foarte impresionante.

După suprimarea eterului iodoformat și tratament de 9 săptămâni bolnava părăsește spitalul vindecată, cu paralizia facială dispărută complet.

Cazul II: Sold. Popescu Victor din comuna Pojor, jud. Gorj de 21 ani, plugar, este primit la spitalul militar la secția interne în 7 Iunie 1942 cu cefalee continuă de două luni, amețeli și turburări de vedere. Bolnavul este trimis pentru examinare la Serv. Oto-rino-laringologic unde nu i se constată nimic obiectiv. Semnele vestibulare spontane sunt negative.

După cum reiese din foaia de observație, fiind examinat și de D-l Prof. C. Urechia, se bănuia o tumoră cerebrală.

Bolnavul este evacuat la clinica Neuro-Psihiatrică, unde întâmplător face o otită acută supurală stângă cu care este transpus la secția noastră.

Antecedentele bolnavului sunt foarte încărcate, a suferit în copilărie de scarlatină, pojar, mai târziu dizenterie etc.

Examinându-l local se constată o otită medie acută supurată stângă perforată, cu mastoidită exteriorizată.

În după masa primirii, bolnavul face 40° cu frisoane, delir foarte sgomotos.

I se face intervenția (Dr. St. Gârbea și Dr. G. Trifon) cu anestezie locală cu „Salvocaină” 0,75% în prealabil administrându-i-se pantopon.

După trepanația mastoidei, se pune și la acest caz în evidență o trombo-flebită a sinusului lateral. După ce se face o evideră petro-mastoidiană parțială, se deschide sinusul, se elimină cheagul, se tamponează capătul superior, se trece la ligatura uglei interne și după alocarea infecției, bolnavul continuă să aibe stare septică, făcând și o complicație pulmonară cu expectorație foarte abundentă în straturi.

Pe lângă tratamentul cu dagenan și prontosil i se administrează injecții cu benzoat de sodiu, după indicațiile D-lui Dr. A. Dumitrescu care îi constată o bronșectasie.

Starea septică continuând ne-am gândit la o eventuală trombo-flebită a golfului.

Bolnavul însă nu prezenta niciun semn caracteristic care ar trăda un trombus la nivelul golfului jugularei ca o compresie a nervilor ce trec prin gaură ruptă posterioară (pneumogastic, spinal, glosio-faringean), sau trombozarea venelor condi-liene labirintice etc. I se face puncția lombară = l. c. r. negativ. La examenul sângelui se constată reducerea hematiilor, leucocitelor, hemoglobinei, din cauza dozelor masive de sulfamide (10 tablete prontosil plus 5 dagenan plus 2 injecții prontosil).

Prin bunăvoința D-lui Prof. Benetato îi facem o transfuzie cu 150 cc. sânge conservat și îi administrăm aceleași doze masive de sulfamide.

Temperatura începe să se reducă, starea generală se ameliorează mult și după a doua transfuzie cu sânge conservat, făcută a treia zi dela prima, starea bolnavului se ameliorează în mod progresiv. După una săptămână rămâne numai cu ușoare subfebrilități și expectorație.

Treptat i se reduce doza de sulfamide, plăgile se închid complet și abea la finea unei a treia de tratament bolnavul este complet restabil.

Am ținut să Vă prezentăm aceste două cazuri pentru motivele următoare:

1. Raritatea excepțională a oto-mastiditei acute complicate cu trombo-flebită a sinusului lateral și paralizie facială la primul caz.

2. Urgența intervenției în mastoiditele exteriorizate, care pot da aceleași complicații grave de vecinătate ca și cele neexteriorizate. Virulența microbiană fiind atât de puternică încât distruge țesutul osos în toate direcțiile cu o rapiditate uimitoare.

3. Tratamentul operator și post-operator este foarte greu și complicat în aceste stări septice masive. După eliminarea focarului infecțios tromboflebitic, transfuziile repetate cu cantități mici de sânge asociate cu doze masive de sulfamide duc la vindecare în majoritatea cazurilor.

4. Otita acută supurată apărută la organisme epuizate trebuie tratată cu cea mai mare atenție pentru a nu ajunge la complicații grave.

Dr. St. Gârbea, Dr. V. Mihailescu, Drd. V. Popvoici: Trombo-flebită generalizată a sinusurilor venoase și a jugularei interne consecutive unei otite acute supurate stângi cu dehiscenta pereților casei timpanului.

Soldatul Moțocan Ioan de 21 ani este primit la serviciul de boli interne la 9 Oct. 1942, cu febră înaltă și dureri în regiunea cefii cu o ridoare moderată.

Debutul boalei lui a fost brusc înainte cu câteva zile dela internare în spital, cu febră înaltă și dureri în ceafă.

Fiind examinat din partea serviciului nostru i se află otită medie supurată acută stângă, cu secreții în conduct.

Bolnavul este transpus la secția O. R. L., unde îi constatăm un torticolis accentuat și foarte dureros la stânga. Nu prezintă niciun semn de meningită. Puncția lombară negativă. Nu prezintă nicio durere pe mastoidă la cea mai puternică apăsare. Radiografia ambelor mastoide normală. Temperatura 39,5°, frisoane în decursul nopții cu transpirații profunde.

Se indică toate examinările de laborator cari sunt negative. Hemocultura, hematozoarul Laveran, reacția Widol, l. c. rachidian cu 8 limfocite pe cmc. Nonne-Apelt și Pandy negative, leucocitoza abea 10 mii.

Torticolismul lui persistent, ne-a făcut să ne gândim la trombo-flebită-urimivă a golfului jugularei interne, care, iritând nervul spinal, da a 681 torticolis, lipseau însă, bradicardia, paralizia vâului, paralizia recurențială, care să trădeze o iritație pe

lângă a spinalului și a celorleți nervi, glosio-faringean, pneumo-gastric, care trec prin gaură ruptă posterioară alături de vena jugulară internă.

Bolnavul nu prezenta nici văjeituri sau amețeli care să trădeze trombozarea venelor labirintice sau rigiditatea accentuată a cefii ca să indice tromboza venelor condiliene care toate provin din golul jugularei interne.

Secrețiile în conduct puține, trădau o otită recentă fără nicio acuză locală din partea bolnavului.

La nivelul peretelui posterior al conductului auditiv osos, apare o formațiune elastică cu aspect de dura herniată.

Sensibilitatea pe mastoidă, negativă, la cea mai puternică presiune. Radiografia ambelor mastoide negativă, șanțul caritidian nesensibil.

Operația: După anestezia locală cu Salvocain 0,75% și o injecție cu pantopon în prealabil, se trece la deschiderea mastoidei (Dr. St. Gârbea, Dr. V. Mihăilescu și Drd. V. Popovici) fără să dăm peste un proces de osteită sau supurație mastoidiană.

În locul antrului și aditusului apare o formațiune elastică, care descoperită pe o întindere mai mare se constată că e sinusul lateral imediat sub tabla osoasă. Procidența lui este atât de accentuată că ia parte direct la peretele posterior al casei timpanului, fiind în contact intim cu mucoasa casei timpanului.

Masivul facialului era redus la o simplă punte osoasă pe sub care instrumentul lui Stacke se putea mișca liber de-a-lungul peretelui osos posterior al conductului auditiv extern stâng lipsită și înlocuit cu procidența sinusului care apărea și la otoscopie pe peretele posterior și profund al conductului. Toată partea din sinusul lateral care forma peretele posterior al casei și conductului auditiv osos acoperit cu fungozități.

Trepanând în continuare pentru descoperirea durei cerebrale, constatăm lipsa tegumen aditusului și tegumeni timpani, dura cerebrală lipită de mucoasa casei timpanului care era îngroșată și infiltrată. Era o dehiscență spontană descrisă mai întâi de Hyrth.

Cercetând peretele inferior al casei timpanului, dăm peste mici fungozități cu pulsații fine care acopereau golul jugularei, care din cauza traectului mai direct al sinusului, se putea observa bine lipsind și aici peretele osos despărțitor, așa că conținutul casei timpanului era în contact direct cu golul jugularei prin această dehiscență osoasă, regiune care se putea cerceta cu sonda butonată curbă.

Se acoperă plaga mastoidiană și se trece la ligatura jugulare interne, care se pune în evidență greu din cauza aderențelor și ganglionilor perivenoși. Vena apare ca un cordon subțire scleros până aproape de claviculă.

Se trece la puncția sinusului lateral din care se extrage puroi fetid. Se descoperă pe o întindere de 4–5 cm., apoi se deschide și se elimină din cavitatea lui o masă cazeoasă. Se curetează spre capătul superior din care apare numai chiazguri septice.

Se trepanează pe traectul sinusului în continuare până la răspântia lui Herophile. Toată cavitatea lui e plină cu chiazguri septice. Aceeași situație se constată și în direcția sinusului lateral de partea opusă și orificiile de deschidere ale sinusurilor în răspântia lui Herophile erau toate trombozate.

În această situație nu ne mai puteam gândi la eliminarea totală a focarului septicemic.

Unii autori au încercat ligatura ambelor jugulare, însă staza puternică cu edemul cerebral au dus la moartea bolnavului prin compresie.

Totuși în credința că focarul se va limita și stinge, prin doze masive cu sulfamide cu prontosil și eleudron, am continuat să-i administrăm aceste doze, organismul fiind susținut prin transfuzii repetate cu sânge conservat, obținut prin bunăvoința D-lui Prof. Benetato.

Rezistența bolnavului era atât de redusă că la abcesul de fixație nu s'a obținut nicio colecție și bolnavul conform observațiilor clasice, a sucombat în plină septicemie după 4 zile dela intervenție.

Curiozitatea anomaliilor ne-a dus și la masa de autopsie, unde am constatat că urechia lui dreaptă nu prezenta anomaliile observate la stânga, nici traectul anormal al sinusului lateral, nici dehiscența pereților casei timpanului.

Sinusurile venoase dela baza craniului erau trombozate: sinusurile occipitale, sinusul drept, sinusul lateral de partea opusă și începuse capul de meduză a lui Lermoayer ca semn al trombozării sinusului longitudinal superior.

Concluziile asupra acestui caz sunt următoarele:

1. Raritatea excepțională a procidenței atât de accentuată a sinusului lateral și dehiscența pereților: superior, inferior și posterior ai casei timpanului, cu lipsa peretelui osos posterior al conductului.

2. Sinusul lateral și golul jugularei îmbrățișau în cotul lor redus, casa timpanului atât de aproape și punându-se în contact direct cu mucoasa casei timpanului, care în partea superioară era aplicată pe meningelele cerebrale.

3. Infectarea masivă și rapidă a jugularei interne și a tuturor sinusurilor dela baza craniului se datora acestui contact intim între mucoasa casei timpanului și traectul venos.

4. În fața unei otite acute supurate cu starea generală foarte alterată și splina mare, cu lipsa completă a durerii retroauriculare și a semnelor radiografice; numai prezența torticolisului, datorit iritației spinalului, ne-a făcut să ne gândim la prinderea golfului jugularei.

5. Trepanația până la răspântia lui Herophil cu abordarea sinusului lateral de partea opusă și a celorlalte sinusuri, toate trombozate, ne-au confirmat observațiile clasice de prognostic înfaust, în astfel de cazuri cu toată sulfamido-terapia intensă și a transfuziilor repetate.

Dr. N. Bumbăcescu: Considerații în legătură cu dreptul la pensie al militarilor tuberculoși, din războiul actual.

După o scurtă privire, asupra legilor ce dau dreptul la pensie, militarilor bolnavi de tuberculoză să dau câteva date statistice cari demonstrează frecvența bolii în armată. Cazurile de tuberculoză din armată având originea în:

a) Primoinfecțiuni tuberculoase consecutive contaminărilor de cazarmă

b) Redesteptarea vechilor focare latente din copilărie.

c) Introducerea tuberculoșilor din sânul populației civile din cauza lipsei unui control medical atent, făcut de medici specialiști și cu metode moderne pentru depistarea tuberculozei.

Se fac apoi considerații cu privire la examenul ce se aplică celor întorși din campanie și se arată că numai răniții sunt mai atenți examinați pulmonar, în baza ord. M. A. N. pe când la cei desconcentrați și lăsați la vatră examenul nu se face decât excepțional. Din acest motiv trec în rândurile populației civile o mulțime de tuberculoși din campania actuală, care nu mai pot obține dreptul la pensie.

Din lipsa secțiilor de tuberculoză pe lângă Spitalele militare și a medicilor de specialitate, bolnavii suferinzi de tuberculoză se trimit după reformă în mediul familiar. Acolo ei nu se tratează fiindcă nu au unde, într-un cânt numărul paturilor destinate tuberculoșilor, la noi în țară este foarte mic, în raport cu numărul celor suferinzi. Din lipsa educației sanatoriale și a noțiunilor de profilaxie cu privire la tuberculoză, acești bolnavi devin agenți de propagare a bolii în mediul social din care fac parte.

Din aceste motive pensia acordată nu-și ajunge scopul și Statul ar fi mai câștigat dacă ar organiza secții de specialitate unde cei găsiți bolnavi să fie izolați și tratați. Prin ele s'ar obține

Preparate noi

SYNTHOESTRIN

Fiole și tablete

Preparat oestrogen sintetic derivat al stilbenului.

Acțiune identică cu a hormonului folicular.

1 fiolă sau 1 tabletă = 1 mgr. substanță,
corespunzând efectului la 10.000 unități
internationale hormon folicular cristalizat.

Vitamina E

PROFECUNDIN

tablete

1 tabletă conține 0,01 gr. Vitamina E

Vitamina A + D

XEROSTERIN

tablete

1 tabletă conține 3000 unități internaționale vitamina A și 1000 unități internaționale vitamina D.

FABRICA DE PRODUSE CHIMICE
GEDEON RICHTER S. A.

București V, Strada Logofătul Tăut Nr. 99
Telefon 5 69.02

Produse „Ufarom“ fost Egger Cluj-București

**Noua terapie specifică a tuturor
infecțiunilor strepto-stafilococice cu**

Septamid Sulfamidă albă.

tabl. în tub de 10 à 0.30
" " " " 20 à 0.30
" " borcane " 100 à 0.30

Medicațiune chimico-terapică din grupul P. Aminophenylsulfonamid lipsit total de fenomene toxice, chiar după administrare mai îndelungată.

Beneurin, vitamina B,

cristalizată, chimic pură. $C_{12}H_{17}OSCIHCl$.
Preparat conținând vitamina B₁, **vitamina antinevritică.**

mitte injecții 3 fiole de 1 cc à 5 mgr
forte " 3 " " 1 cc à 25 mgr

INDICAȚIUNI: Vitamina B, fiind neurotropă are indicațiuni foarte variate în nevrite de orice origine și localizare, și polynevrite cu turburări spastice și paralitice etc.

C e v a l vitamina C.

injecții 10/1 ccm 0.05
" 5/2 ccm 0.10
" 3/5 ccm 0.50

Este un preparat de acid ascorbic chimic pur.
INDICAT: În toate cazurile unde se constată o insuficiență a vitaminei C.

Hepacit Extract de ficat și mucoasă stomacală.

injecții de 2 cmc

Extrem de activ și perfectă tolerabilitate. Ameliorează rapid starea generală, iar numărul globulelor roșii și indicele hemoglobinic crește chiar dela începutul tratamentului.

INDICAT: în anemii secundare provocate de hemoragii, anemie pernicioasă, anemii consecutive maladiilor infecțioase. Protejează celulele hepatice, evită șocul operator etc., etc. Se administrează în injecții intramusculare.

Eșantioane medicale și literatură:

Laboratorul Farm. V. G. CIOCOIU
București, str. Matei Voevod Nr. 35 - Telefon 3.88-97

vindecarea multor bolnavi precum și o mai eficace profilaxie anti-tuberculoasă atât de utilă în timpurile de față pentru Țara noastră.

Dr. St. Dăncilă: Tratatamentul asistoliei prin digitală combinat cu regim de cartofi.

În timpul războiului fiind lipsiți în domeniul teraputice cardiace de unul dintre medicamentele de bază ale tratamentului asistoliei și anume de vabaină, ne-am văzut siliți să recurgem la infuzia de digitală combinată cu regimul de cartofi al lui Salomon și Jagic. Susnumiții au introdus acest regim de diureză în timpul războiului mondial (1917) înlocuind regimul de lapte al lui Karell a cărui lipsă trebuia completată, obținând rezultate superioare în privința diurezei, regimului lui Karell.

Regimul lui Salomon-Jagic constă în următoarele: Bolnavul primește zilnic 1 kg cartofi aproximativ 800 calorii, fierți sau copti, fără sare, repartizați la 5—6 mese și serviți calzi. Se adaogă până la maximum 1 kg. de lichide sub formă de apă, siropuri și suc de fructe. Acest regim se aplică 3 zile consecutiv. Diureza crește progresiv prin acest regim, pentru a ajunge la maximum în a treia zi când diureza poate să crească chiar până la 7 litri în 24 ore, ca apoi să scadă lent și progresiv.

Noi am aplicat acest regim simultan cu administrarea infuziei de digitală. Vom descrie detaliat modul cum am aplicat acest regim.

În prima zi de tratament se administrează bolnavului un purgativ drastic pentru deplețiunea organismului, apoi se face o flebotomie de 3—400 gr. sânge și se aplică pe regiunea hipcondrului drept, pe ficatul mărit 4 ventuze scarificate și astfel prin ventuze scarificate și flebotomie; extragem cantitatea totală de 5—600 gr. sânge.

După aceasta preparare, în ziua următoare instituim regimul de cartofi pe care bolnavul îl ține 3 zile, cu infuzie de digitală. În tot acest timp bolnavul rămâne la pat în repaus fizic și intelectual absolut.

Digitala am administrat-o sub formă de infuzie de foi (varietatea purpuree) în proporție de 1/120 plus 30 gr. de sirop de scilla din care lua zilnic cantitatea de 5 linguri, până la terminare.

Cu acest tratament combinat, chiar din prima zi, dar mai ales în a doua și următoarele, am constatat diureză abundentă care creștea până în ziua a patra după care începea să scadă încet. Subiectiv, bolnavul simțea o ameliorare însemnată în privința dispneei de cubit cu revenirea somnului și ameliorarea stării generale.

Revista cărților

Icterele, mijloace de explorare, simptome, fiziopatologie, terapeutică. (Les Ictères. Moyens d'exploration, Symptomes, Physiopathologie, Therapeutique. I. Pavel. București 1943; 184 p. 66 fig.

Este a patra monografie a autorului în limba franceză, de data aceasta singur. Este una din încheerile lucrărilor anterioare și a unei munci de cincisprezece ani în domeniul patologiei bătășice și a canalelor biliare. Autorul lucrării este elevul maestrului clinicii românești I. Nanu-Muscel, căruia îi este dedicată cartea și la care și-a făcut ucenicia, luând atîngere cu școala franceză clinică, pe care o va cunoaște mai deaproape la fața locului la Paris, desăvârșindu-și cunoștințele de patologie și fiziopatologie în cercul studiilor afecțiunilor ficatului, poate cea mai spinoasă problemă a patologiei. Autorul cunoaște lucrările străine în această chestiune dar studiul este bazat pe observațiile lui personale făcute într-o perioadă de timp care se întinde în cincisprezece ani, trecute printr-o critică ascuțită, făcută cu o îndemănare de adânc cunoscător al fenomenelor. Capitolele în număr de 6 sunt în realitate o clasificare a sindroamelor icterice, sau o discuție critică a datelor asupra explorării funcționale a ficatului, a icterelor

hemolitice, a icterelor prin obstacol mecanic, a icterelor prin obstacol funcțional, al icterului cataral, al icterelor prin hepatite și în sfârșit al icterului grav, cu care se încheie lucrarea sa. Măestrăria cu care autorul știe să folosească datele oferite de anatomia patologică cât și cele de fiziologie patologică în lumina logică a clinicei, le fac limpezi și înțelese ușor, producând o adevărată plăcere cititorului; este o lucrare de care nu se poate lipsi medicul cultivat, care are de tratat boale ale ficatului și mai cu seamă când are de indicat intervenția chirurgicală; este în același timp folositoare oricărui vrea să fie în curent cu progresul medicinei, aducând și o contribuție personală la cunoștința patologiei căilor biliare. Chestiunea sindroamelor prin obstacole funcționale, este o mândrie a școlii românești, fiind introdusă de I. Nanu-Muscel împreună cu autorul, în patrimoniul patologiei căilor biliare. Autorul cu o argumentație strînsă, pe probe limpezi și simple, aduce convingerea temeiniciei acestei concepții. Cu aceeași modestie, expune teoria personală a mecanismului secreției biliare cât și a icterului prin hepatite, dedus din faptele nouă și fiziologice descoperite de el și de alți cercetători. Vom reveni cu o dare de seamă mai amănunțită.

Prof. Titu Vasiliu.

Revista revistelor

INTERNE

Proba iperglicemiei provocată după efort. (L'épreuve d'hyperglycémie provoquée après l'effort) de Raymond Martin Du Pan. Schw. Med. Wschr., 1942, Nr. 50, pag. 1383—1386

Modificările curbei de iperglicemie provocată după eforturi diferite la 14 soldați de elită, permit următoarele concluziuni: 1. După un efort intens și scurt curba iperglicemiei provocate pare a se ridica mai puțin și de a delimita o suprafață glicemică mai mică, decât dacă iperglicemia este provocată fără un efort prealabil. Aceste modificări ale curbei par a fi datorite unei acțiuni hormonale sau unei diminuări a rezervei de glicogen, produsă prin efortul muscular, fie ambilor factori. 2. După un efort violent timp

de 50 minute, faza ascendentă a curbei de iperglicemie provocată prezintă la toți indivizii fie un platou, fie un vârf negativ cauzat probabil prin o turburare a reglării hormonale sau prin o epuizare a rezervelor în glicogen. Compararea curbelor iperglicemice după eforturi de durată diferită permite de a constata, că modificările sunt proporționale cu intensitatea și durata efortului. 3. La un individ la care s'a executat de trei ori aceeași probă, (cursă de bază la sky), curba de iperglicemie provocată a fost din ce în ce mai puțin ridicată după fiecare nou efort. Este foarte probabil, că aci antrenamentul să fi jucat un rol important în modificările acestei curbe.

Tratatamentul ulcerelor torpide cutanate prin vitamina C. (Le traitement des ulcères torpides cutanées par la vitamine C)

de Antenor Tey, Enso Criscuolo și Perfecto Marhuenda. Schw. Med. Wschr., 1942, Nr. 45, pag. 1242—1245.

Se studiază 15 bolnavi cu ulcere topide cutanate, cari toți au prezentat un deficit accentuat în vitamina C. Toți bolnavii s'au vindecat în câteva zile și câte odată în mod surprinzător de repede după administrarea de vitamina C în doze masive, în timp ce cu alte tratamente aplicate înainte efectul a fost neînsemnat. Vindecarea a apărut în câteva cazuri în 3 zile după aplicarea pe cale bucală a acidului ascorbic și înainte de saturarea organismului.

Contribuțiuni la studiul influenței vitaminei B₁ asupra metabolismului hidraților de carbon. (Contribution à l'étude de l'influence de la Vitamine B₁ sur le métabolisme des hydrates de carbone) de M. Osman Saka. Schw. Med. Wschr., 1942, Nr. 48, pag. 1327—1329.

Experiențele executate de autor demonstrează că după injecțiune de glucoză și aneurină curba ipoglicemiei este net diferită de aceea obținută în aceleași condițiuni, însă fără vitamina B₁. Glucoza, în prezența aneurinei, dispare mai repede din sânge. Se pune întrebarea, dacă acest zahăr, injectat în circulație, arde în țesuturi sau el se depozitează în ficat sub forme de glicogen. În această direcție autorul continuă cercetările.

I. G.

Tratamentul unei trombangite obliterante cu Dolantin. De G. P. Ferreo, Barca di Cadore (Belluno). Riv. Ital. Ter., 1942, Nr. 1/2. (După ref. italian.)

Padutin, simpatectomie parțială, apoi iar Padutin, au ameliorat numai trecător o trombangită obliterantă, care progresa încet la un pacient în vârstă de 33 de ani. Impotriva durerilor care nu mai încetau, F. a dat apoi Dolantin pe cale parenterală, zilnic 2 fiole timp de 1 lună, cu care ocazie a fost constatată o regresie progresivă a gangrenei și o reepitelizare a ulceratiunilor, cu o cicatrizare perfectă. Continuarea tratamentului cu câte 2 tablete de Dolantin pe zi, pe cale bucală, a dus la o ameliorare remarcabilă în continuare. F. recomandă să se continue încercările cu Dolantin în maladia lui Burger.

*

INFECȚIOASE

Boala lui Bang. (Die Bangsche Krankheit) de Dr. Fiebig. Der Landarzt, 1942, Nr. 39, pag. 537—540.

Din studiul unei observații de boala lui Bang autorul trage următoarele concluziuni: În toate stările febrile neclare trebuie să ne gândim la posibilitatea boalei lui Bang, mai ales în stări tifoide, în gripe cu convalescență întârziată ca și în stări de oboseală nelămurite. Pentru lămurirea diagnosticului este necesară colaborarea cu medicul veterinar. Tratamentul cu detoxină dă rezultate bune.

Asupra trichinozei. (Über Trichinose) de Dr. M. Brandt. Zeitschr. für ärztl. Fortbildung, 1942, Nr. 24, pag. 525—528.

În urma războiului s'au observat, mai ales pe frontul de răsărit, câteva mici epidemii de trichinoză, astfel că la stabilirea diagnosticului bolnavilor veniți din această regiune, trebuie avut în vedere și trichinoza. Simptome importante sunt: starea tifoidă febrilă cu tulburări gastro-intestinale, tumefierea feței și a buzelor, dureri musculare și rigiditate, abolirea reflexelor patelare și abdominale, reacția Diazo în urină, leucocitoză cu eozinofilie pronunțată, splina foarte puțin mărită, tulburări cardiace, ipotonie, hemoragii sub unghii. Din punct de vedere serologic vine în considerare reacția de precipitare și de fixare a complementului, ca și testul intradermic după Bachman. Unde aceste metode dau greș, trebuie făcută o biopsie musculară. Tratamentul în predominență este simptomatic: la început purgative din abundență, mai târziu încercare cu fuadin, soluție 5% de timol și calciu intravenos. Convalescența trebuie supravegheată de aproape după imbolnăviri grave.

Cauzele, prevenirea și tratamentul gangrenei extremităților în tifusul exantematic. (Ursachen, Verhütung und Behandlung der Gliedmassengangrän beim Fleckfieber) de Prof. Adolf Sylla. Dtsch. Med. Wschr., 1942, Nr. 49, pag. 1185—1186.

Între cauzele gangrenei din tifusul exantematic trebuie considerată predispoziția la spasme vasculare de origine centrală, la care se adaugă efectul frigului. În mod izolat nici spasmele de origine centrală, nici frigul nu produc această complicație. În cazuri mai rari cauza gangrenei este tromboza. Primul simptom de alarmă este durerea ischemică, după aceea extremitatea devine rece, de culoare lividă și insensibilă. În cazuri grave, cu stări stuporoase profunde, vom considera cu atenție pulsul pedioasei.

Pentru combaterea gangrenei este important, ca bolnavul să fie într-o cameră caldă și sub îngrijire regulată. În special picioarele vor fi bine acoperite. Uneori este necesară împachetarea lor în lână sau vată. Contra durerilor se recomandă căldură uscată. Un tratament precoce cu cantități importante de padutin și hormoni sexuali poate evita gangrena și poate restabili tulburările circulatorii incipiente. Aceste măsuri vin în considerare în gangrene iminente sau incipiente.

Dacă se ajunge la gangrenă, atunci pe lângă căldură, padutin și terapia hormonală se va încerca blocarea simpaticului. În tromboze șansele tratamentului sunt mai rele. Se aplică același tratament ca în orice tromboză, se vor încerca și lipitorile.

Dacă toate încercările terapeutice au rămas fără rezultat, atunci după completă demarcație se va face amputarea extremității. Intervenția de obicei este în cele mai multe cazuri suportată bine de bolnavi și vindecarea de obicei nu întâmpină dificultăți.

I. G.

Despre tratamentul specific-biologic al afecțiunilor stafilococice. De H. Grosz Wiener Med. Wschr., Nr. 36, An. 55, 1942, pag. 713.

Terapia cea mai veche pe cale biologică este reprezentată de vaccinație. Această cale a dat rezultate foarte bune mai ales atunci când erau preparate autovaccin. Vaccinul conține 10—500 milioane de microbi pe centimetru cub. Se începe cu doza cea mai mică și se urcă progresiv, la intervale de 3—5 zile, individualizând tratamentele. Injecțiile se fac intramuscular, sau dacă voim să obținem rezultate și mai puternice, intravenos. În medie sunt suficiente 10 injecții. Contra toxinei stafilococice vom lupta prin administrarea de anatoxină sau „formoltoxoid” cu rezultatele cele mai bune. Va trebui să fim atenți la bolnavii care suferă de rinichi, ficat, cord, sau au tendințe la alergii. În cazurile de osteomielită sau septicemii stafilococice dau rezultate bune serurile imunizante sau de convalescent. Sunt de asemenea de recomandat bacteriofagii recomandați de Besredka sub formă de comprese, injecții, alifii contra virusului (Antivirussalben). Nu vom uita nici odată medicațiunea sulfamidică (Sulfathiazol, Sulfametiltiazol.)

Dr. Emil I. Bologa

*

OTO-RINO-LARINGOLOGIE

Considerațiuni asupra tratamentului cefaleelor prin anestezierea nervilor mari occipitali. (Considérations sur le traitement des céphalalgies par l'anesthésie des grands nerfs occipitaux) de Prof. V. Papilian. Revista Științelor Oto-Rino-Laringologice, Sibiu, (fondată în Cluj), Nr. III—IV 1942, pag. 93—96.

1. Anestezierea nervilor mari occipitali aduce dispariția cefaleelor.

2. Tratamentul nu are efect asupra cauzelor cefaleelor, ci asupra mecanismului durerii.

3. Prin anestezierea nervilor se diminuează excitabilitatea sistemului excitator al sensibilității și se echilibrează cele două sisteme antagoniste care reglementează sensibilitatea capului.

O nouă observațiune de nevrită optică retro-bulbară vindecată prin trepanare sfeno-etmoidală. (Une nouvelle observation de névrite optique rétro-bulbaire guérie par trépanation sphéno-éthmoïdale) de *G. Buzoianu, I. Păcurariu, M. Iubu*. Revista Științelor Oto-Rino-Laringologice, Sibiu, (fondată în Cluj), Nr. III—IV 1942, pag. 126—127.

La alte cazuri publicate de autori se adaugă această nouă observație de nevrită optică retro-bulbară vindecată prin trepanare sfeno-etmoidală. Este vorba de o femeie în vârstă de 28 ani, care cu doi ani înainte suferise aceeași operație pentru aceeași afecțiune în partea opusă. Prima intervenție a avut loc la Cluj și vindecarea completă a intervenit la zece zile după aceea. A doua a fost practică la Sibiu: bolnava și-a redobândit aproape complet vederea, dar într'un interval mai lung. Deschiderea sinusului sfeno-etmoidal a prezentat oarecare dificultate din cauza interpunerii unei celule etmoidale posterioare. Deschiderea cavităților sinusurilor posterioare a fost efectuată cu ajutorul unor reperaje radiografice succesive. Este interesant de remarcat că vederea nu a revenit decât după ce sinusul sfenoidal a fost deschis. Autorii sunt convinși că în aceste nevrite conduita cea mai bună este deschiderea cavităților sinusale posterioare; intervențiunile limitate la culoarul nasal pot fi insuficiente, deci inutile.

Polip gigant naso-faringian, proeminent în hipo-faringe. (Polype gigantesque naso-pharyngien, proéminent dans le hypopharynx) de *I. G. Russu, L. Andrei, M. Angelescu*. Revista Științelor Oto-Rino-Laringologice, Sibiu, (fondată în Cluj), Nr. III—IV, 1942, pag. 128—131.

Este vorba de cazul unui copil de 14 ani, care s'a prezentat pentru consultație la clinica O. R. L., din cauza unei insuficiențe respiratorii. — Examenul O. R. L. constată obstrucția fosei nasale drepte prin niște polipi fibro-mucoși și prezența în faringe a unei mase tumorale asemănătoare unei adevărate coloane, care cobora din rino-faringe și intra sub baza limbei în hipo-faringe — atingând aici orificiul superior al laringelui — fără a i se putea vedea capătul inferior. Tras cu degetul, precum și în timpul acceselor de tuse, o masă polipoidală asemănătoare unui al doilea organ lingual apărea în cavitatea bucală până la nivelul incisivilor.

Se extrage în urma intervenției operatorii un polip gigant cu patru lobi mari, localizat numai în fosa nasală dreaptă și în faringe. — După câteva zile se reexaminează bolnavul și se observă că regiunea de implantație a pediculului comun celor patru lobi ocupa o zonă de 1 cm², situată între fosa infundibului și bula etmoidală.

Tratamentul otitei medii acute cu preparate de sulfonamide. De *M. Baer*. Zschr. Ohrenhk., 1942, 1.

La adulți, autorul a obținut de cele mai multe ori rezultate satisfăcătoare cu 15—20 gr. În medie, în primele zile se administrua 3—4 gr. Copiii în vârstă de peste doi ani primeau jumătate, cei mai mici un sfert din această doză. Afară de ușoare grețuri, cari erau destul de rare, nu au fost observate niciun fel de tulburări. Este important de a instrui bolnavii foarte precis asupra repartiției numărului de tablete prescrise și de a fi foarte prudent când e vorba de copii. Autorul a observat cum sub acțiunea preparatelor de sulfamide (Sulfathiazol) otita medie se vindecă prompt și fără fenomene secundare periculoase. Contra otitei medii cronice supurate, autorul a încercat insuflații de pulbere de Sulfathiazol, în loc de pulbere de acid boric uzitată, și în aceste cazuri rezultatele obținute au fost întotdeauna bune, deoarece a reușit să facă să înceteze după scurtă vreme secreția care într-o serie de cazuri rezistase tratamentului boricat și picăturilor. Pentru a putea judeca fără cauze de indoială, s'a renunțat în timpul insuflărilor cu pulbere de Sulfathiazol la orice altă terapie, introducându-se numai regulat câte un tampon de vată în ureche. Insuflațiile de pulbere în ureche dau rezultate mult mai bune decât

insuflațiile, pentru că acțiunea lor este de o durată mai lungă. Nici odată nu s'a observat o formațiune de scuame sau de mase aglutinate, deci, se pare că după un timp oarecare se produce o rezorbție completă. Rezultatele cele mai bune cu pudra de Sulfathiazol vor fi obținute în supurațiile cronice ale urechii medii, cu perforațiuni mari ale timpanului, dar și în tratamentul ulterior al operațiunilor radicale pe cavități, în leziunile proaspete ale conductului auditiv și în furuncule. La sfârșit, Baer a mai încercat și Prostigmina, în surditate și văjăituri de urechi. Prostigmina este un excitant al parasympaticului cu acțiune inhibitoare asupra terminațiilor nervoase. Aceasta face să fie un remediu foarte bun al meteorismului, retenției de urină, ileus precum și un medicament clasic al tratamentului simptomatic al misteniei. Contrar celor afirmate de Davis și Rommel, cari o recomandă cu entuziasm contra surdității și a văjăiturilor, obținând ameliorare, resp. vindecare în 50—80% din cazuri, Baer nu a putut să constate decât că acest remediu nu dă câtuși de puțin mai multe rezultate decât celelalte

*

DERMATOLOGIE

Despre trecerea dela mamă la copil a sulfathiazolului, sulfapiridinei și sulfametiltiazolei. De *Dr. Harrestrup-Andersen și Dr. Simesen*. Naunyn-Schmiedeberg's Arch., Vol. 199, caet 5, pag. 521—527, 1942.

Data fiind utilizarea din ce în ce mai largă a preparatelor sulfonamidice în timpul sarcinei, s'a ridicat și problema trecerii placentare a acestor preparate dela mamă la făt. Pe experiențele făcute pe iepuri cu aceste preparate nu a putut fi pusă în evidență decât o oarecare permeabilitate. Raportul dintre concentrația medicamentului în sângele mamei și copilului este de $\frac{3}{5}$ pentru sulfapiridin, $\frac{2}{5}$ pentru sulfametiltiazol și $\frac{1}{3}$ pentru sulfathiazol. Ceea ce a putut fi dovedit, este că concentrația preparatului în sângele foetal este direct proporțională cu concentrația în sângele mamei.

Dr. Emil I. Bologa

Corelațiunile fiziologice și patologice dintre piele și sistemul nervos. De *Dr. A. Marchionini*. Fsch. Neur., Anul 14, Nr. 6, pag. 183—204, 1942.

Înervația glandelor sudoripare, precum și aceea a vaselor sanguine, are legături strânse cu numeroase boli de piele ca pe-lagra, herpes, boala lui Raynaud și alopecia areată. Cunoașterea acestor corelațiuni promite viitoare terapii pline de rezultat. În cazurile de hiperidroză accentuată datorită unei tuberculoze, s'au obținut rezultate bune în unele cazuri după injectarea în pielea abdomenului de biclorat de histamină. Analoage sunt acțiunea acetilcolinei în boala lui Raynaud și a novocainei în algeliile simpatice. Decursul diferitelor funcțiuni vegetative la eczematosis cronici este dependent de influențele sistemului nervos central și vegetativ mai mult decât de funcțiunile globale ale sistemului endocrin. Astfel la tabagici tumorile apar cu mult mai greu în zonele anestezice decât în cele sănătoase. La psihopați, sub influența tratamentului cu cardiazol, o eczemă se vindecă fără nici un alt fel de tratament. Pruritul vulvar de natură endocrină este datorit unei supraproduccii de hormon (folicular) hipofizar. Pruritul diabetic poate duce la leukoplakii, pe al căror teren se pot apoi desvolta carcinome. Iradierea cu raze roentgen a cordoanelor simpatice are o acțiune favorabilă în cazurile de sclerodermie. Acest fel de tratament dă rezultate și mai bune în cazurile de lichen ruber (rezultate mult superioare celor obținute prin administrare de arsenic). Au fost încercate infiltrațiuni anestezice ale simpaticului lombar în cazurile de congelatii: durerile au scăzut și fenomenele de natură gangrenoasă nu au putut fi observate. Și cazurile de flebită au fost tratate cu succes în acest fel. Trebuie să dăm atenția cuvenită în cazurile de boli de piele și influențelor de natură psihică. Abuzul de alcool prin consumarea din organism a vitaminei

B₁ influențează favorabil cazurile de congelații. Pentru diagnosticul precoce al maladiei lui Burger se face arteriografia cu triiodstearin-aethilester. În turburările periferice sanguine, arterioscleroze, claudicațiuni intermitente, migrene, ulcere crurale se recomandă Priscol, în pernionese hormon folicular, în herpes zoster terapie sulamidică și gînergen, în cazuri de herpes labialis recidivant Extin, în pelagră cu turburări nervoase acid nicotinic, în eczeme cronice, dermatită herpetiformă Duhring și urticarie Homoseran (ser de gravidă), în prurit anal zinabar și inj. epidurale cu sulfat de magneziu 20%, în prurit vulvar hormon folicular, calciu bromat și gînergen, în urticarie, pitiriază rozată sunt bune sol. hipertone de glucoză (fără rezultat în pruritul senil). *Dr. Emil I. Bologa*

Substanțe sensibilizante și mijloace de apărare contra acțiunii razelor luminoase asupra pielii. De *Prof. Dr. G. Hopf*. Med. Klin., Anul 38, Nr. 23, pag. 529, 1942.

Acțiunea eritematoasă a razelor luminoase este limitată destul de strâns între razele cu o lungime de 300 mili microni și cele cu o lungime de 250 milim. Tappeiner și Jodlbauer au fost primii cari au dovedit că este posibilă o sensibilizare a pielii contra razelor luminoase. Hausmann demonstrează nu peste mult acțiunea fotosensibilizantă a hematorporfirinei (modul de acțiune încă neclarificat). Alte substanțe cu acțiune fotosensibilizantă asemănătoare cu a hematorporfirinei sunt înainte de toate eosina, akridina și tripaflavina. Dintre substanțele exogene sunt mai cunoscute cele vegetale, cum ar fi uleiul de Bergamot. În pelagră este vorba de un deficit în acid nicotinic. Dela Finsen se știa deja că apărarea contra razelor luminoase se face în primul rând prin procesul de pigmentare. Miescher vede în pigmentul cutanat un apărător în primul rând contra razelor calorice ale luminei solare. O importanță mare are deasemenea îngroșarea stratului cornos. Măsurile care se pot lua sunt, pe lângă pudrare, aplicările de paste. Orice strat grăos aplicat pe piele acționează ca un filtru față de razele ultraviolete. Acțiunea de apărare este direct pro-

porțională cu grosimea stratului de substanță grasă aplicată pe piele. Oleurile au o acțiune similară. Astăzi se cunosc substanțe cu putere de a filtra razele eritematoformatoare și acestea sunt: salolul, esculina, acidul para și orto aminobenzoic, acidul naftol-disulfonic (Antilux), cât și Tschamba Fi și Stora. Uleiul de nucă are o acțiune foarte slabă. Bronzarea mai rapidă nu se datorește pigmentării, ci colorării pielii prin substanțe colorante. Puterea cea mai mare apărătoare o au soluțiile apoase de sulfamide.

Dr. Emil I. Bologa

Tuberculoza cutanată la copii. De *Prof. Dr. F. Diell*. Med. Klin., An. 38, Nr. 19, pag. 441, 1942.

Și la copii forma cea mai frecventă este lupusul vulgar. Este importantă recunoașterea lui imediată. Ea se produce de cele mai deseori prin propagarea pe cale sanguină a bacililor Koch. În alte cazuri boala poate fi transmisă pe cale limfatică sau prin ganglioni (per continuitatem). Forma clinică de bază este nodulul lupic care deseori debută sub forma unei pete de culoare brună-roșie (caracteristică prin vitropresiune). Cu sonda butonată putem ușor pătrunde în interiorul nodulului, producând o mică hemoragie. Microscopic corespunde tuberculului. O vindecare spontană nu se produce și va trebui totdeauna să fim atenți la recidive. În copilărie are o importanță deosebită lupusul diseminat post-exantematic, care după cum numele spune, apare după boli infecțioase (pojar) sub forma exantemului universal. Printre complicațiile osoase autorul amintește „ostitis tuberculoasă multiplex cistica”, care se observa la nivelul carpului și falangelor terminale. O altă formă este eritemul indurat (Basin), care survine mai ales la femei. La copil deseori eritemul nodos precede o tbc. miliară. Mai rare ori se poate observa tuberculul papulonecrotic. La copii mai mari se observa deseori lichenul scrofulos, care mai corect este denumit tuberculoză cutanată miliară cronică. La copil autorul mai amintește posibilitatea găsirii complexului primar tbc. la nivelul piei (mai ales perioral și genital). *Dr. Emil I. Bologa*

Note și informațiuni

Bucovina Medicală

A apărut primul număr al revistei din Cernăuți „Bucovina Medicală” sub conducerea d-lui Dr. I. Nandriș, în calitate de director și a unui comitet de redacție, compus din medici bucovineni.

Primul număr conține întâi o lămurire din partea directorului revistei, în care explică necesitatea existenței acestei reviste; apoi un cuvânt introductiv de felicitare și de bună urare a d-lui prof. Dr. P. Tomescu, Ministrul Sănătății și Ocrotirilor Sociale.

Urmează după aceea un bogat material științific și de practică medicală, semnat de doctorii: O. Lupu, M. Teleman, V. Gomolu, A. Nandriș, L. Turcan, prof. I. Enescu, I. Nandriș, prof. Gh. Plăcinteanu, doc. I. Bistriceanu, I. Gălnă, M. Maxim, Gh. Ioaneș, M. Hotinceanu, M. Cilievici, I. Câmpăneanu, A. Petriceanu.

La rândul nostru, din partea revistei „Ardealul Medical”, felicităm foarte călduros corpul medical bucovinean, în frunte cu Dr. I. Nandriș, pentru această necesară și frumoasă înfăptuire și urăm noul revistei medicale deplin succes în desăvârșirea programului.

Deciziuni

D-1 Conf. Dr. Ion Teșu a fost numit pe data de 1 Decembrie 1942, profesor titular la catedra de clinică otorino-laringologică dela Facultatea de Medicină din București.

D-1 Traian Herseni, conferențiar la Facultatea de Litere și Filosofie din București se numește pe data de 1 Ianuarie 1943, profesor titular la Catedra de Sociologie Națională dela Facultatea de Drept din Cluj-Sibiu.

Posturi vacante de medici. Medic primar al serviciului de boli interne dela spitalul de copii „Principele Mircea” din Timișoara și circ. Gălbinaș, jud. Ilfov.

Medic primar radiolog la spitalul „Elisabeta Doamna” din Galați.

Medic primar al jud. Botoșani și medic al circ.-ției Brăilița, jud. Brăila.

Medic primar oftalmolog la spitalul Central „Dr. I. Cantacuzino” București.

În următoarele domenii de întrebuințare, medicul are la dispoziția sa în

Kamillen-Spuman

(Spuman cum Chamomilla)

un terapeutic de un efect curativ, pronunțat intens și rapid.

1 CA TERAPEUTIC VAGINAL ÎNSĂȘI

În tratamentul leucoreei hotărât constituționale, la vulvovaginită, eroziuni ale colului, ragade pe vulvă și vagin, colpită senilă.

2 PENTRU A FAVORIZA VINDECAREA LA ORICE TERAPE VAGINALĂ MEDICAMENTOASĂ, PRECUM ȘI PENTRU TRATAMENTUL INTERMEDIAR ȘI FINAL

INTREBUINȚARE

În general se va introduce la 2 zile 1 bujiu, numai în cazuri rebele zilnic un bujiu.

Modul de întrebuințare, simplu și curat ale bujiurilor de Spuman, dă medicului garanția că prescrierile sale vor fi urmate de pacientă întocmai și cu plăcere.

3 CA DESODORANT VAGINAL

În deosebi la leucoree carcinomatoasă, la lochii fetide în lehozic.

DEPOZIT PERMANENT AL PRODUSELOR LUITPOLD-WERK:
„DROGUERIA STANDARD” S. A. R.
STR. SF. IONICĂ, 8 — BUCUREȘTI, I

BRONCHOTIOFAN

SIROP

Ephedrin · Bromoform · Coff.
natr. benz. · Senega · Aconit

**Bolile căilor res-
piratorii**

(Bronșite, Chathar, Pneu-
monie, Influență gripală,
Trancheită, Laringită)

IPECODAL

TABLETE

Codein phosph. · Plv. Doweri
- Acid Acetylo Sal

**Bolile catarale ale
căilor respiratorii**

(Angină pectorală, Tuse,
Laringită)

SULFAZOL

TABLETE

0,20 Chlorhydrat de sulfa-
mido · Chrisoidină
0,10 p- Aminobenzen-Sulfa-
midă

Septicemii

Preventiv în infecțiunile puer-
perale, boli infecțioase



HYGEA S. A. R., Cluj

BUCUREȘTI

Splaiul Unirii, 127 — Telefon 4.22.44

Medic primar chirurg la spitalul Tg. Măgurele.

Medic primar internist la spitalul de medicină internă din Botoșani.

Medic al circ. II din orașul Buzău.

Prin Decretul Nr. 194, publicat în Monit. Oficial Nr. 23 din 28 Ian. 1943 s'au făcut pe data de 1 Febr. următoarele numiri la Fac. de Medicină Cluj-Sibiu:

D-l șef de lucrări Rubin Popa, ca profesor titular la catedra de Medicină experimentală și patologice generală.

D-l conferențiar Dr. C. Velluda, ca profesor titular la catedra de farmacologie.

D-l Dr. P. Râmneanu, conferențiar definitiv la conferința de igienă și medicină preventivă.

D-l asistent Dr. V. Preda, conferențiar definitiv la conferința de biologie.

Prin Decizia Mln. Sănătății și Ocrot. Sociale, Nr. 87.555/942, publicată în Mon. Oficial Nr. 5 din 7 Ianuarie 1943, s'au fixat taxele ce se pot percepe de la bolnavii civili de cl. I și II, care cer sânge conservat de la centrele de colectare de sânge de pe lângă Institutul de fiziologie a Facultății de Medicină de la Universitatea Cluj-Sibiu și de la celelalte Centre de colectarea sângelui ale Mln. Sănătății și Ocrot. Sociale.

Concursul de internat. La concursul de internat în medicină, ținut la Sibiu, în intervalul 10 Decembrie 1942, — 22 Ianuarie 1943, pentru ocuparea a 10 posturi de intern la Clinicele și Spitalele din localitate, înscriindu-se 33 candidați s'au prezentat la prima probă a examenului 25, dintre care s'au mai retras în cursul examenului 6. La toate 3 probe concursul s'au supus și au fost examinați 19 candidați (7 externi, 8 studenți de anul V și VI și 4 studenți de la Institutul Medico-Militar, București).

Comisia examinatoare formată din d-nii: Prof. Dr. Coriolan Tătaru, președinte; Prof. Dr. Gh. Buzolanu, preș.-supl.; Conf. Dr. Ioan Gavrilă și Dr. Cornel Manta, membri și d-ra Dr. Maria Cașavelu, secretară, încheindu-și lucrările la data de 22 Ianuarie 1943, a întocmit tabloul candidaților reușiți în ordinea clasificării după cum urmează: 1. Avram Jecu 19.33, 2. Săbăduș Valeria 19, 3. Stănescu Eugen 18.83, 4. Morariu Liviu 18.66, 5. Muntean Octavia 18.50, 6. Relchrath Susana 18.16, 7. Pungă I. Camil 18.08,

8. Ionescu N. Ioan 18.08, 9. Beffa Constanța 18, 10. Popescu Margareta 17.83, 11. Corolanu Victor 17.83, 12. Anastasatu Constantin 17.66, 13. Crișan Vasile 17.66, 14. Popescu P. Vlorel 17.66, 15. Pogore Victoria 17.41, 16. Ionescu Alexandra 17.33, 17. Horincaru Butuza Nic. 17.16, 18. Sersea Valeria 17.08, 19. Mihăilescu Alexandrina 17.

Concursul de externat. La concursul de externat în medicină, ținut la Sibiu, în intervalul de la 3 Decembrie 1942 — 23 Ianuarie 1943 au fost înscriși 69 candidați, din care la proba I-a s'au prezentat 43 candidați, iar la proba doua 38 candidați, astfel că au fost clasificați 38 candidați.

Comisia examinatoare a fost formată din d-nii Prof. Dr. Țeposu Emil, președinte; Doc. Dr. Oct. Filipescu, preș.-supleant; Dr. Păunescu Maxim și Dr. Dăncilă Ștefan, medici secundari, membri, precum și d-na L. Nicoară, secretară.

Comisia încheindu-și lucrările la data de 23 Ianuarie 1943 a întocmit tabloul candidaților reușiți în ordinea clasificării după cum urmează: 1. Stolchița Sandu 19.90, 2. Boieru Iuliu Nic. 19.68, 3. Vidican Alexandru 19.29, 4. Rozor Aurel 19.25, 5. Veseli Ștefan 19.21, 6. Burlacu Gh. Nicolae 19.16, 7. Stănescu Maria 19.15, 8. Iureș Teodor 18.87, 9. Bucur Narcis 18.85, 10. Rădulescu D. Mircea 18.70, 11. Stănescu Popescu Petre 18.70, 12. Pop Romul Mircea 18.68, 13. Fodor Flaviu 18.67, 14. Clurea Ioan 18.65, 15. Bloșu Simion 18.65, 16. Zidveanu Maria 18.65, 17. Ruxanda Ioan 18.63, 18. Grigoriu N. Ioan 18.60, 19. Dan Cetta Ana 18.57, 20. Erdei Mihai 18.51, 21. Ciumbrudeanu Tiberiu 18.47, 22. Zăgreanu Ioan 18.31, 23. Coman M. Nicolae 18.28, 24. Danclu Adrian 18.23, 25. Pop Vasile 18.20, 26. Ardeleanu Marloara 18.05, 27. Baussner Gerhard 18.01, 28. Ona Mihai 17.94, 29. Radu Ioan 17.83, 30. Roth Nicolae 17.80, 31. Costache Horațiu 17.71, 32. Mureșanu Titus 17.64, 33. Mocian Elisabeta 17.50, 34. Duda Eugen 17.40, 35. Căpraru Aurelia 17.25, 36. Niculescu Nira 16.66, 37. Topan Alexandru 16.41, 38. Dietrich Egon 15.70.

Reviste de schimb primite la redacție

1. Din străinătate:

Deutsche Medizinische Wochenschrift: Nr. 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52/1942.
Wiener Medizinische Wochenschrift: Nr. 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52/1942, Nr. 1/1943.
Schweizerische Medizinische Wochenschrift: Nr. 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, Nr. 52/1942, 1/1943.
Wiener Klinische Wochenschrift: Nr. 45, 46, 47, 50, 51, 52/1942.
Hippokrates: Nr. 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52/1942, Nr. 1/1943.
Der Landarzt: Nr. 44, 45, 47, 48, 49, 50, 52/1942.
Folia Therapeutica: Heft 12/1942.
Klinische Wochenschrift: Nr. 38, 41, 42, 43, 44, 45/1942.
Therapie der Gegenwart: Heft 10, 11/1942.
Fortschritte der Therapie: Heft 10, 11/1942.

Zeitschrift für ärztliche Fortbildung: Nr. 21, 22, 23, 24/1942.
Deutsches Tuberkulosenblatt: Heft 11, 12/1942.
L'Arte Ostetrica. Gazeta Italiana della Levatrici: Nr. 9, 10/1942.
La Ginecologia: Nr. 11/1942.
La Clinica Ostetrica e Ginecologica: Nr. 10, 11/1942.

2. Din țară:

România Medicală: Nr. 21, 22, 23, 24/1942, Nr. 1/1943.
Revista Științelor Medicale: Nr. 9, 10/1942.
Măscarea Medicală Română: Nr. 9, 10, 11, 12/1942.
Revista de Obstetrică, Ginecologie, Puericultură: Nr. 2, 3/1943.
Arta Endocrinologică: Nr. 3/1942.
Revista de Radiologie și Electroradiologie Medicală: Nr. 1—2, 3—4/1942.
Revista de Igienă Socială: Nr. 10—11/1942.
Spitalul: Nr. 8—10/1942.

Cuvântările rostite la catafalcul prof. Mihail Zolog

(Continuare din pag. II).

Mă înclin în fața catafalcului cu durerea despărțirii de cel mai bun prieten și vreau să păstrez amintirea lui cu dragostea pe care mi-a acordat-o totdeauna.

Corpul medical din Inspectoratul sanitar Sibiu va păstra cu smerenie memoria Profesorului Zolog, îndrumătorul lor iubit și vor urma pilda lăsată de dânsul în munca pentru interesele neamului.

Ministerul Sănătății depune coroana recunoștinței pe mormântul ilustrului lui colaborator și îl va păstra memoria, așezându-l în mijlocul celor — azi dispăruți — care au pus temelii și au luptat dârz pentru interesele sanitare ale Țării.

D-l Prof. Dr. C. Velluda vorbește în numele prietenilor :

Intristați prieteni și cunoscuți,

Nenorocirea care ne-a izbit prin dispariția atât de prematură și bruscă dintre noi a colegului Zolog, a așternut în sufletul prietenilor lui un doliu care nu se va putea șterge atât de ușor.

Abla de patruzeci și opt de ani, în plin elan de muncă și de speranță pentru el, pentru familia lui și pentru Societatea în care se găsea, nu va putea fi înlocuit în niciun fel.

Ne-am cunoscut din 1919, timpul fericite, când alături de el atâția prieteni tineri ne străduiam la Universitatea Clujeană, către care ne îndreptam și cel din Regat și cel de aci, să-l consacram toate eforturile și tot elanul nostru tineresc pentru a o vedea cât mai mare, cât mai frumoasă și cât mai celebră, așa cum am lăsat-o.

El a fost un stâlp credincios al ei, căci timp de 23 de ani până la tragica lui moarte nu s'a despărțit de ea.

În calitate de prieten și în numele lor, țin să remarc calitățile sale care a făcut să ne fie unul dintre cel mai bun, dintre cel mai sincer și din cel mai loial prieten.

Cinstit până la extrem atât în păreri cât și în fapte, nu s'a depărtat niciodată de la această cale atât de rară azi. Sobru, chiar foarte sobru și cumpătat în manifestările, gândul și activitatea lui. Calm, totdeauna gândind mai întâi și mai ales extrem de serios în toate actele lui, a fost un exemplu pentru noi. Bun la suflet, îndatoritor și servilabil, nu a lăsat niciodată ocazie de a face bine când a putut. Sincer totdeauna, nu l-am auzit niciodată bârfind sau dorind rău, din contra în ultimul timp o serie de lovituri nedrepte, pe care le

primise, le-a suportat cu stoicism și abnegație fără să urască și fără să dorească la fel. Camarad bun, prieten excepțional, soț excelent și mai ales neîntrecut tată, ne-a împus tuturor, iubindu-l ca adevărat prieten, de care nu ne lega decât dragostea reciprocă.

Vieța de muncă și de sobrietate l-a perm's ca după 17 ani să construiască o casă la Cluj, pe lângă care își concentrase toată dragostea și viața lui. Lovitura pe care am primit-o cu toții, prin părăsirea Clujului, l-a luat ceva din viața lui, așa cum a luat și din a noastră a flecărula ; la el s'a exagerat prin pierderea scumpului său tată chiar în ziua părăsirii Clujului, după care numai la 6 săptămâni își pierde și mama. Refugiat la Sibiu, i-a fost dat să pătimească prin multe alte necazuri, care s'au succedat prea des unele după altele, făcându-l să sufere întruna. Cu sufletul încărcat de necazuri, deși nu se văita niciodată, a mai avut să suferă încă o lovitură, căci o boală lungă l-a debilită foarte mult devenindu-l fatală. În ultimul timp deși în aparență se simțea mai bine și cu toții eram fericiți de starea lui, soarta nemiloasă l-a răpește brusc dintre noi, lipsind familia lui de cel mai bun soț, de cel mai bun tată și pe noi de cel mai bun prieten. De aceea în fața tragicului eveniment care l-a furat de lângă noi atât de brutal, noi prietenii lui stăm muți și copleșiți de durere și numai el care ne-a cunoscut așa de bine și care știa cât de mult l-am iubit, numai el ar putea înțelege cu adevărat durerea noastră. Sufletul lui liniștit, departe de noi, se găsește acum în lumea celor dreți și buni, acolo unde merită să stea, căci el a fost cel mai bun și cel mai drept din're noi. Noi prietenii lui nu putem uita frumosul timp petrecut împreună în iubitul nostru Cluj, nici suferințele sufletești a calvarului pe care împreună l-am îndurat după părăsirea lui. Împreună ne-am bucurat la Cluj, împreună am suferit apoi și împreună am așteptat întoarcerea noastră acasă la noi, căci el a făcut parte din generația Românelor Mari și împreună am stat neclintiti peste 23 de ani la temelii Universității Clujene. De aceea lipsa lui de lângă noi tocmai acum când rândurile trebuie strânse din nou, este și mai adânc simțită.

A lăsat în urma lui o soție, cea mai bună și cea mai iubitoare, care l-a fericit toată viața și două fetițe pe care soarta nemiloasă nu l-a lăsat să le vadă mari și fericite.

Scumpe Mihai,

Sufletul tău care de sigur că acum răătăcește lângă casa ta din Cluj, pe care cu atâta drag ți-ai construit-o, din înălțimile în care se află, să fie însă liniștit. În fața mormântului tău, te asigur că vreau purta cea mai

mare grijă de ele. Față de soția ta, cu toții vom face scut de apărare contra tuturor necazurilor, ajutându-l toate eforturile pentru a vedea mari și fericite fetițele pe care soarta le-a lipsit de dragostea și sprijinul tău. Dragostea noastră față de ele, pe care ai apreciat-o de atâtea ori și de care te bucurai atât de mult, se va transforma într-o dragoste părălnească așa cum cu durere de atâteaori te-am auzit, în sinistrelor tale presimțiri, spunând: „*Dacă voi muri vouă vă incredințez fetițele mele*“. Să-ți fie sufletul tău liniștit, iubite Mihai, căci noi nu le vom lăsa fără tată. Din înălțimile de unde bunătatea ta ne privește acum simțim că tu ești cel fericit, nu noi, care avem încă multe și grele suferințe de îndurat.

Dumnezeu să te odihnească în pace și să fi sigur, cât de curând, că te vom ridica pentru a te duce cu noi la Cluj.

În numele studenților în medicină, studentul Victor Coroianu rostește următoarele:

Domnule Profesor,

Stau în fața D-voastră, în numele șirurilor nesfârșite de studenți pe care l-ați avut discipoli, în numele acelora care au urmat împreună cu D-voastră Facultatea de Medicină în calvarul refugului.

Mi-e greu să vorbesc, mi-e greu să exprim prin vorbe ceea ce simțim cu toții, dar ceea ce exprimăm mai ales lacrimile ce se preling de-a-lungul obrazului nostru îndurerat.

Când zorii dimineții se revărsaseră asupra Sibului, anunțând o nouă zi de luptă pentru vleață, știam că la căpătâiul D-voastră s'a aprins o lumânare. N'am crezut! Nu credeam căci personalitatea D-voastră s'a imprimat prea adânc în sufletele noastre de copii ai Facultății, ca noi să ne mai putem obișnuim cu absența acelui, care a fost profesor de Igienă generală la anul V. de medicină.

Figura palidă, cu veșnicul zâmbet de om superior, trăsăturile nobile ale ființei ce cunoștea durerea altora, pentru care a jertfit totul, sfaturile veșnic pregătite pentru a putea orienta pe cel slab, caldele vorbe ce-ți dădeau impuls și forțe noi, au rămas săpate în inima noastră.

Plecaseră spre drumul nesfârșit al Nirvanei, un suflet tânăr. D-voastră, care a-ți vegheat la patul atâtor bolnavi, dând speranțe și încredere — D-voastră, care ați dat ceea ce aveau ei mai drag — sănătatea — D-voastră nu ați putut-o avea. V'ați jertfit trupul și sufletul, numai să vedeți din nou pulsând inima și vleața reaparând în corpul acelora, care se luptau cu moartea.

Ați învins moartea; ați redat vesella pe obrazul altora și l-ați făcut să vadă în halatele albe o forță divină a cerului.

Ați răspândit lumină în besnă și ați fluturat flamura noastră sfidând moartea și neinteresându-vă de durerile personale — care de foarte multe ori au fost prea mari, pentru un om.

Ați consacrat și puținul timp de odihnă, pentru a apare în laboratoare, în sălile de curs, în mijlocul nostru pretutindeni, răspândind și transmitând mai departe făclia aprinsă a științei, prin care trebuia să se ridice odată neamul acesta, pe care l-ați iubit atâta D-voastră.

Cuvintele noastre sunt poate reci și prea colțuroase, pentru a putea exprima tot, ceea ce simte întreaga studențime prin lipsa D-voastră din mijlocul lor.

Sala de curs, care a rămas goală și rece, băncile, care au incremenit alinate într-o tăcere sacră, nu vor mai auzi vorbele simple, dar sincere, care atrăgeau pe toți colegii la curs. Glasul rar și intim, care ne-a legat din prima clipă de D-voastră, nu va mai răsună în sală, iar ochii, care priveau cu bunătate și încredere la vlăstarele, ce ce ridicau în văzul D-voastră, tineri, care aplecați pe bănci notau cu vervă cuvintele, care însemnau flecare în parte, un nou mister prin care puteai să previi moartea, ochii care însplrau noblețe și dreptate, s'au închis pentru totdeauna.

În frământarea aceasta a neamurilor, când catedra ce ați ocupat-o avea mai mare nevoie de D-voastră, Dumnezeu va ales pentru o misiune mai mare; va smuls din mijlocul nostru și al scumpul familii, numindu-vă între aceea, pe care noi îl numim: ingeri.

Cu flecare bulgăr de pământ, care va cădea pe scândura cosciugului cu dăngănit, cu flecare bulgăre ce se sfarmă de-asupra D-voastră, distanța dintre noi va crește mereu.

Drumul cel mai splendoros, cel mai obositor pe care l-ați ales, acela de medic și care va adus cele mai înalte distincții, l-ați înlocuit cu lungul drum spre Marele Mister. E drumul acelora, care au îndeplinit în vleață un mare ideal, drumul acelora care se jertfesc pentru binele neamului și-al umanității.

Cu flecare clipă scurtă, ce-o mai petrecem în preajma D-voastră, jurământul nostru se va întări mai mult, iar jertfa D-voastră va fi veșnic un model pentru cariera noastră. Promitem în fața lumânărilor aprinse, că vom purta în suflet chipul D-voastră și făclia aprinsă a științei, nu se va stinge niciodată, ci o vom transmite mai departe urmașilor noștri.

Capacul ce se închide de-asupra trupului, răpește dintre noi imaginea capabilului profesor Mihail Zolog, în fața căruia studențimea clujeană își pleacă genunchii, spunând un plos omagiu:

„Să-l fie țărâna ușoară“.

Redacționale

Costul anual al abonamentului la revistă este de Lei 800. Pentru autorități 2000 Lei. Pentru studenți 600 Lei. Costul unui număr este 150 Lei.

— Abonamentele se plătesc anticipativ prin mandate poștale pe adresa: Administrația Ardealul Medical, Clinica ginecologică și obstetricală, Cluj-Sibiu, strada Haller 1.

Toată corespondența referitoare la chestiuni de redacție și administrație se va adresa: Clinica ginecologică și obstetricală Cluj-Sibiu, str. Haller Nr. 1.

Revistele generale și articolele originale vor fi publicate întregi. Nu se admit articole cu urmare. Articolele nu vor depăși 4 pagini de revistă. Costul tiparului peste 4 pagini va fi suportat de autor, 500 Lei pagina.

Autorii vor prezenta odată cu articolul și un mic rezumat în românește, franțuzește și nemțește.

Costul extraselor îl privește pe autor și jumătate din el se trimite deodată cu manuscrisul pe numele tipografiei, care altfel nu e obligată a face extrasele.

Se refuză articolele de critică și polemică ce vizează persoane, ca și articolele cari au fost deja publicate într-una din revistele din țară.

Recensiile articolelor originale vor fi scurte (maximum 15 rânduri tipărite, aprox. 30 rânduri scrise). Ele vor începe cu titlul lucrării în românește, titlul original (în paranteză), autorul, revista, numărul revistei, pagina și anul.

Toate manuscrisele vor fi dactilografiate.

Costul clișeeilor privește pe autori și vor fi comandate de autori după formatul revistei.

Domnii abonați sunt rugați să anunțe la timp schimbarea domiciliului, pentru a evita orice neînțelegere în legătură cu expedierea revistei.

Anunțurile se angajează direct prin Administrația revistei cu tariful următor:

In interiorul revistei 1 pagină 3000 Lei, 1/2 pagină 1600 Lei

Paginile de pe copertă și fixe au tarif special.

Pentru encartage se plătește 1 Leu de fiecare inserat.

Pentru anunțuri plasate pe pagina recto se socotește un plus de 30%.

Pentru anunțuri periodice (băi, staț. balneare, staț. climaterice etc.) se plătește un plus de 50%.

Tabloul de prețuri al extraselor pe formatul 8^o valabil dela 1 Februarie 1942.

Numărul paginilor	Extrase pe hârtie satinată de tipar		Coperta obicinuită hârtie culoare										Observație	
	Primele 25 exemplare	Următoarele 25 exemplare	25	50	100	150	200	300	Peste 300 ofertă					
			e x e m p l a r e											
			L e i											
4	420	80	350	400	450	500	550	750	—	—	—	—	1 pagină din revistă co- respunde cca. la 3 pagini din extras.	
8	560	120												
12	975	195												
16	965	190												
Extrase pe hârtie velină		Copertă groasă colorată										Pentru fiecare clișeu se va socoti în plus 25 Lei.		
4	430	90	400	500	700	900	1100	1500	—	—	—		—	Tablourile etc lipite la extrase se vor socoti în plus
8	600	145												
12	1030	235												
16	1020	230												

Angina, faringita



2-3 jeturi
la ½ oră cu
apă caldă!

TINCTURA MUCIDAN este unicul
mijloc pentru gargarisme care, conținând
Rhodanul, desprinde și dizolvă mucozitățile
purulente, asigurând astfel cale liberă acți-
unii antiseptice ale aldehidei formice (pre-
zentă într-o formă neiritantă, patentată),
prin barajul de protecție a căilor superioare
de respirație infectate.

Ambalaje originale

Flacon cu 10 cme
Flacon cu 25 cme

»Rhenania«

SECȚIA FARMACEUTICĂ A KALI-CHEMIE S.A., BERLIN
DEP. PHARMAG S. A. BRAȘOV



Tinctura-MUCIDAN

»mijlocul pentru gargarisme cu acțiune „penetrantă“«

Anemii, convalescență, cloroză, leucemii

Hemo-Cyto-Serum Corbiere

Fiole 5 cc. 2 cc.

Compoziție: Fer (dimetilsarinat), Cacodilat de
Sodiu, Sulfat de strichnină.

Limfatism, anemii, tuberculoză pulmonară,
ganglionară

Cyto-Serum Corbiere

Fiole 5 cc. 1 cc.

Compoziție: Cacodilat de sodiu chimic pur,
Sulfat de strichnină.

Tuberculoză pulmonară și extrapulmonară
rachitism, emoptizii

Calcium Corbiere

Fiole 5 cc.

Compoziție: Gluconat de Calcium.

Aciditate, colite, dispepsii, enterite gastrite,
fermentații intestinale

Bis-Ka-Ma

Pudră

Compoziție: Carbonat de bismuth, Kaolin col-
loidal, Magnezie ușoară.

Rachitism, convalescență, remineralizarea organismului, tonic
general, stări de deprimare la toate vârstele, debilitate

SIROP FELLOWS

Compoziție: Mangan, Kalium, Natrium Hypophosphit, Calcium, Fier,
Chinină, Strichnină.

La farmacii și droguerii

Depozit permanent: „Drogueria Standard“ S. A. R., București I, Str. Sf. Ionică 8

PARALIZIE GENERALA
ARSENOTERAPIE

Stovarsol
sodique

4 oxi - 3 acetilaminofenil - 1 arsinat de sodiu

FIOLE DE 0,50 gr. SI 1 gr.

INJECTII de 1 gr.
SERII de 20 la 30 gr.

CALE SUB-CUTANATA
sau INTRAMUSCHIULARA
IN ASOCIATIE
CU
PIRETOTERAPIE

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA MARQUES POULENC FRÈRES et USINES ALPHONCE
21 rue Jean Goujon, Paris

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

SIBIUL MEDICAL

Anul XXIII

Anul VIII

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICA

Anul VI

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Organ Oficial al Facultății de Medicină din Cluj-Sibiu, Societății Științelor Medicale din Cluj-Sibiu
Inspectoratului General Sanitar Sibiu și al Colegiilor Medicilor din Inspectoratul General Sanitar Sibiu

COMITETUL DE REDACȚIE:

Prof. Dr. I. Aleman, Prof. Dr. V. Baroni, Prof. Dr. Gr. Benetato, Prof. Dr. V. Bologa, Prof. Dr. Gh. Buzoianu, Prof. Dr. C. Crișan, Dr. I. Cosma, Prof. Dr. L. Daniello, Dr. I. Fabritius, Doc. Dr. O. Filipescu, Prof. Dr. I. Goia, Prof. Dr. C. Grigoriu, Prof. Dr. M. Hângănuț, Prof. Dr. I. Hațieganu, Dr. L. Ionașiu, Prof. Dr. M. Kernbach, Prof. Dr. I. Manta, M. Manta, Dr. C. Manta, Prof. Dr. D. Michail, Prof. Dr. I. Moldovan, Prof. Dr. D. Negru, Prof. Dr. V. Papilian, Prof. Dr. Al. Pop, Prof. Dr. R. Popa, Prof. Dr. Gh. Popoviciu, Conf. Dr. Tr. Popovici, Dr. A. Popu, Dr. Gh. Preda, Prof. Dr. S. Secăreanu, Dr. I. Stoichiția, Prof. Dr. M. Sturza, Dr. I. Sturza, Prof. Dr. C. Tătaru, Prof. Dr. E. Țeposu, Prof. Dr. C. Urechia, Dr. L. Ursu, Prof. Dr. T. Vasiliu, Prof. Dr. C. Velluda.

REDACȚIA
ȘI ADMINISTRAȚIA

Clinica ginecologică și
obstetricală Cluj-Sibiu,
str. Haller Nr. 1

Telefon 45

DIRECTOR:

Conf. Dr. I. GAVRILĂ

*Pentru hormonoterapie cu substanțe
active proprii corpului**

PROGYNON PROLUTON

pentru tratamentul
insuficienței ovariene
(și al cazurilor grave)

pentru tratamentul
hemoragiilor genitale
și al avortului repetat

TESTOVIRON

pentru terapia insuficienței
sexuale masculine

* Organismul nostru este adaptat acestor corpuri, al căror metabolism intermediar nu necesită noi funcțiuni. Deci tratamentul cu substanțe proprii corpului, dozate rațional, are multe avantaje, motiv suficient pentru a prefera pe cât posibil aceste substanțe, dacă putem obține cu ele același rezultat ca și cu medicamente străine corpului. —
Klin. Wschr. 1938, N. 19, S. 653

Literatură detaliată și îndrumări referitor la dozaj stau la dispoziție

SCHERING A. G. BERLIN

Biroul științific București, Str. Clemenceau No. 6

Tel.: 3.58.05





La tuse intensă

Cardiazol-Dicodid- picături

Flacoane à 10 gr.



Dozare: sugari primesc de 2-3 ori pe zi 1-5 picături; copii mai mari de 3 ori pe zi 5-10 picături; adulți de 2-3 ori pe zi 15-20 picături.

KNOLL A.-G., Fabrici chimice, LUDWIGSHAFEN PE RIN

Knoll S.A.R., Str. Atena 29, București 3.

BRONCHOTIOFAN

SIROP

Ephedrin - Bromoform - Coff.
natr. benz. - Senega - Aconit

**Bolile căilor res-
piratorii**

(Bronșite, Chathar, Pneu-
monie, Influență gripală,
Trancheită, Laringită)

IPECODAL

TABLETE

Codein phosph. - Plv. Doweri
- Acid Acetylo Sal

**Bolile catarale ale
căilor respiratorii**

(Angină pectorală, Tuse,
Laringită)

SULFAZOL

TABLETE

0,20 Chlorhydrat de sulfa-
mido - Chrisoidină
0,10 p- Aminobenzen-Sulfa-
midă

Septicemii

Preventiv în infecțiunile puer-
perale, boli infecțioase



HYGEA S. A. R., Cluj
BUCUREȘTI

Splaiul Unirii, 127 — Telefon 4.22.44

ELEUDRON

In afară de efectul specific contra
infecțiunilor gonococice

rezultate excelente și în

**disenterie, infecțiuni
pneumococice,
stafilococice și
menigococice.**

Resorbție și eliminare rapidă și com-
pletă, deci nu există pericol de cumulare.

Toleranță perfectă.

» *Bayer* «



LEVERKUSEN

Reprezentanța generală pentru România:

„ROMIGEFA“ S. A. R., București I, strada Brezoianu 53

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXIV

— SIBIUL MEDICAL

Anul IX

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VII

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

SUMARUL:

Articole științifice:

Prof. Dr. Grigore Benetato, R. Oprean, Dr. T. Agârbiceanu și Dr. T. Tudoraș: Conser- varea sângelui de om și utilizarea lui pentru transfuzii	" 87
Prof. Dr. C. I. Urechia: Sindromul cardio-epileptic	" 98
I. G. Russu și V. V. Papilian: Circulația lichidului cefalo-rachidian	" 101
Dr. Eugen Adam și Dr. Victor Gavrilă: Considerațiuni asupra cranioplastiilor și tratamentului epilepsiei post-traumatice, în legătură cu un caz personal	" 110
Dr. Nic. Comșa: Considerațiuni asupra unui caz de sifilom primar lingual	" 114

Probleme terapeutice:

Dr. Alma Mohora Popoviciu: Importanța afecțiunilor buco-dentare în graviditate și trata- mentul lor	" 118
Societăți medicale	" 122
Revista revistelor	" 130
Note și informațiuni	" 133
Medic Major Dr. N. Mihail: † Medicul Major Dr. Groze Aurel	" 134

RUBIAZOL

ampoules

comprimés

Il a fait ses preuves...

plus de 500 références bibliographiques prouvent l'activité et la parfaite tolérance de la carboxy-sulfamido-chrysoïdine

dans

ERYSIPÈLE . FIÈVRE PUERPÉRALE
GRIPPE . COMPLICATIONS GRIPPALES
MÉNINGITES . SEPTICÉMIES
ROUGEOLE, SCARLATINE, ANGINES
PHLEGMONS, OSTEOMYÉLITES
PLEURÉSIES PURULENTES
PLAIES INFECTÉES, etc.

FORMES EXTERNES

COLLUBIAZOL

COLLUTOIRE AU RUBIAZOL

calme instantanément la douleur

Angines . Rhino-Pharyngites
Stomatites

GYNÉCOLOGIE : Vaginites . Métrites du col etc. etc.

Laboratoires du Dr ROUSSEL - Paris

Reprezentant
pentru România
LABORATORUL
FARMACEUTIC



"LUTETIA" S.A.R.
STR. TOAMNEI 103
BUCUREȘTI III
TELEFON 2.21.38

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXIV

SIBIUL MEDICAL

Anul IX

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VII

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Articole științifice

Conservarea sângelui de om și utilizarea lui pentru transfuzii

(Tehnica Institutului de Fiziologie al Facultății de Medicină din Cluj-Sibiu)

de

Prof. Dr. Grigore Benetato, E. Oprean, Dr. T. Agârbiceanu și Dr. T. Tudoraș

(Continuare din Nr. 2)

b) Tehnica de conservare a sângelui

Conservarea trebuie făcută în așa fel ca să evităm coagularea, hemoliza și infectarea sângelui, păstrând astfel inocuitatea și valoarea terapeutică a produsului de conservare.

Procedeele de conservare sunt numeroase și variate. În rândurile care urmează vom face o descriere succintă a procedeelor curente, insistând în deosebi asupra tehnicii întrebuintată de noi. Metodele de conservare a sângelui pot fi închise și deschise:

α) Metoda de conservare închisă

este practică de majoritatea autorilor (*Jeanneney, Schmid, Hustin, Duran Jorda, Fanstus, Elliott, Nicolau* și alții).

În cazul metodelor închise sângele este trecut din vena donatorului în recipientul în care se face stabilizarea lui, iar de aci, transvasat în vasul în care se face conservarea propriuzisă, printr'un sistem de conducte închise, fără să vină în contact cu aerul.

1. *Recipientele* în care se recoltează și se stabilizează sângele sunt de diferite forme și mărimi (v. fig. 3). Cele mai întrebuintate sunt în formă de sticlă obișnuită (desenul A fig. 3) de Erlenmayer (desenul C fig. 3), sau de balon (desenele B și D fig. 3) prevăzute cu un dop de cauciuc străbătut de 2 tuburi de sticlă (notate în fig. 3 cu v și p) dintre care unul se pune în legătură, printr'un tub de cauciuc, cu vena donatorului, servind pentru conducerea sângelui (v), iar celălalt rămâne liber sau se atașează la o pompă de vid, servind pentru evacuarea aerului din recipient (p).

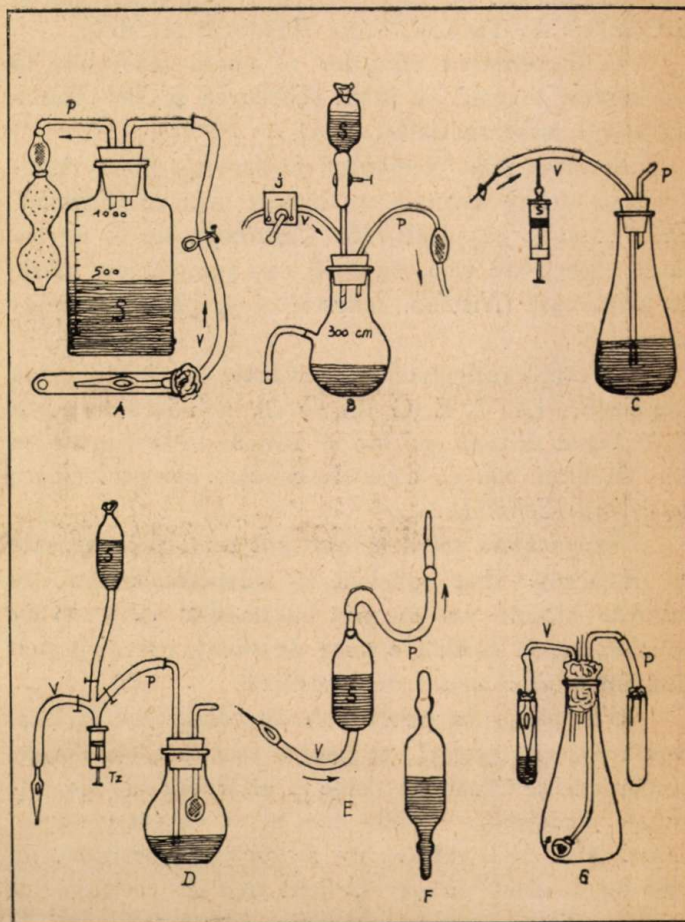


Fig. Nr. 3.

Schema instalațiilor întrebuintate în mod curent pentru recoltarea, stabilizarea și conservarea sângelui (detalii în text).

2. *Recoltarea sângelui* după metoda închisă se face prin venepuncție și aspirare. Aspirarea sângelui din vena donatorului se face evacuând aerul din recipientul ce servește pentru recoltare, cu gura sau pompa; cu ajutorul unor aparate cu acțiune aspiratoare și respingătoare, așezate în calea sângelui pe tubul de cauciuc, între acul de venepuncție și recipient, cum sunt aparatele lui *Jouveau* și *Tzanck* (notate în fig. 3 cu J și Tz), sau cu siringa cu două căi.

Recoltarea prin aspirare asigură viteza și debitul de scurgere a sângelui, împiedicând coagularea lui prin stagnarea posibilă într'un sistem de conducte.

3. *Stabilizarea sângelui* se face chiar în timpul recoltării. Lichidul de stabilizare (notat cu s în fig. 3) se introduce în recipientul în care se recoltează sângele, sau în tubul care unește recipientul de acul de venepuncție.

În cazul din urmă amestecarea sângelui cu stabilizatorul se face imediat după ieșirea sângelui din venă.

În cazul metodelor deschise, sângele e lăsat să curgă din vena donatorului în recipientul unde are loc stabilizarea lui sub forma unui jet liber, venind în contact cu aerul. Metoda de recoltare deschisă este practică de *Corelli*, de autorii elvețieni din Winterthur și la Centrele de Transfuzie din București și Sibiu.

4. *Conservarea sângelui* se poate face chiar în recipientele în care s'a făcut recoltarea și stabilizarea lui, sau în vase speciale.

În cazul întâi recipientul în care s'a făcut recoltarea se închide ermetic cu dop de cauciuc (*Schmidt*, *Elliott*), capac cu șurub (*Mc. Carutney*), iar la nevoie chiar cu dop de vată parafinat sau protejat cu hârtie de pergament (*Nicolau*, *Ionescu*) și se păstrează la răcor.

În cazul recipientelor prevăzute cu 2 tuburi de comunicare (A, C, E, G, din fig. 3), închiderea se poate face lăsând tuburile pe loc și astupându-le cu câte un dop de tifon, sau cu cape de cauciuc, sau prin sudare la flacără (*Schmid*).

Recipientele astfel închise pot servi și ca aparate de transfuzie. Este suficient să adaptăm la unul din tuburile laterale un ac prin intermediul unui tub de cauciuc, iar la celălalt o pară de suflat, ca să-l transformăm într'un aparat de transfuzie.

S'ar părea că procedeele de conservare închise, care utilizează același vas pentru recoltare, stabilizare, conservare și transfuzia sângelui ar trebui să dea rezultate excelente, cu atât mai mult cu cât produsul conservării, dela extravasare și până la transfuzie, nu vine în contact cu aerul, fiind ferit de pericolul infectării. Totuși, aceste procedee prezintă o serie de inconveniente.

Astfel, cele mai multe recipiente întrebuințate pentru recoltarea și stabilizarea sângelui, nu sunt po-

trivite pentru conservarea îndelungată și mai ales pentru transportul sângelui.

Umplerea acestor vase de obicei nu se face complet, pentru a permite agitarea conținutului și amestecarea intimă în timpul recoltării sângelui cu lichidul stabilizant, ceea ce constituie un mare inconvenient, deoarece spațiul neumplut rămas deasupra lichidului face posibilă scuturarea continuă a sângelui conservat în timpul transportului, grăbind procesul de hemoliză.

De altfel hemolizarea sângelui conservat în recipientele de acest fel este favorizată și de suprafața mare de contact care se realizează între stratul de globule și plasmă, datorită lărgimii mari a vaselor, grăbind procesele de schimb între plasmă și elementele figurate.

Este adevărat că vasul lui *Jeanneney* model nou (notat cu E în fig. 3) poate fi utilizat cu succes la conservarea și transfuzarea sângelui, însă recoltarea sângelui în acest vas, care se face prin aspirarea lui printr'un tub de cauciuc, prezintă desavantajile tuturor metodelor închise, asupra cărora vom reveni mai târziu.

După cum se vede, conservarea îndelungată și transportul sângelui nu pot fi făcute în bune condițiuni în recipientele care au servit pentru recoltarea și stabilizarea sângelui. Tocmai din această cauză cei mai mulți autori întrebuințează în acest scop vase speciale. Vasele în care se face conservarea și transportul sângelui sunt de forme și dimensiuni diferite.

Cele mai întrebuințate sunt în formă de fiole alungite la amândouă extremitățile (autorii elvețieni din Winterthur, *Schilling*), sau stangulate la mijloc (*Duran Jorda*). Capacitatea lor variază după autori, între 150—500 cm³, cele mai des utilizate având 250—300 cm³.

Umplerea fiolelor se face până la gâtul fiolei, cam la 4—5 cm de extremitatea ei, în așa fel ca spațiul liber rămas deasupra lichidului să fie cât mai mic.

5. *Inchiderea fiolelor* se face prin sudare la flacără, iar păstrarea, în răcitoarele electrice la o temperatură de 2°—4° și nici într'un caz la temperatură apropiată de 0°, sau sub 0°, care distruge globulele prin congelare și hemoliză consecutivă.

6. *Transportul sângelui conservat* trebuie făcut în așa fel ca sângele să fie ferit de încălzire și în general de variațiile de temperatură care accelerează hemoliza, făcându-l neutilizabil.

Pentru acest scop se întrebuințează vase izotermice (*Fischer*), lăzi izoterme (*Schilling*, *Maisonnet*), lăzi izolatoare (*Märki*) prevăzute cu un sistem de arcuiri-amortizoare, care moderează efectul scuturării.

La încheiere trebuie să remarcăm că tehnica de conservare a sângelui, cu tot numărul enorm de procedee, lasă încă mult de dorit. Întrădevar, din cele 2 metode de conservare (închisă și deschisă) fiecare are părțile bune și neajunsurile ei. Desavantajul metodelor închise constă în faptul că sângele conservat cu această

metodă este expus coagulării în timpul recoltării, din cauza contactului cu suprafețele rugoase ale conductelor.

Intradevăr, în cazul metodelor închise sângele înainte de a se amesteca cu stabilizatorul străbate un tub de cauciuc, timp în care poate suferi o coagulare parțială, cu formare de microcoaguli. Aceștia se măresc în timpul conservării sângelui, făcându-l neutilizabil. Tocmai din aceste cauze toți partizanii metodei de conservare închisă recomandă filtrarea obligatorie a sângelui conservat înainte de transfuzie. (*Jeanneney, Schilling, Fantus, Elliott, Nicolau, Ionescu*).

Filtrarea sângelui deși complică mult metoda conservării, totuși nu înlătură complet pericolul datorit coagulării parțiale, întru cât efectul nociv al sângelui conservat nu este datorit numai chiagurilor, ci și substanțelor toxice filtrabile ce se formează în timpul coagulării. Acestea influențează vazomotricitatea, provocând uneori stări de colaps (*Heilmeyer*).

Efectul toxic al sângelui parțial coagulat, evidențiat prin cercetările experimentale făcute pe animale, se manifestă prin vărsături, febră, hipotensiune și se păstrează chiar după filtrarea sângelui (*Petrov-Kasumov*, citați de *Schürch-Willenegger Knoll*).

Pentru a micșora posibilitatea coagulării parțiale unii autori parafinează tuburile de cauciuc prin care se recoltează sângele, alții le spală cu soluții de heparină 1% (*Grimberg-Kraus*), sau amestecă stabilizatorul cu sângele îndată după ieșirea acestuia din venă, injectându-l în tubul de legătură între ac și recipient în imediata vecinătate a acului (desenul C din fig. 3). În fine, metoda de conservare închisă necesită, pentru recoltarea și filtrarea sângelui, întrebuințarea unor aparate și a unui material costisitor, fiind și puțin expeditivă.

β) Metoda de conservare deschisă,

după părerea adversarilor (*Riddel, Jeanneney, Duran Jorda, Fantus, Elliott*) favorizează infectarea sângelui. Este adevărat că în cazul metodei deschise, sângele fiind recoltat și transvazat sub forma unui jet liber, posibilitatea de infecție este mai mare, în schimb pericolul coagulării parțiale este redus la minimum. Experiența făcută cu aceste metode de autorii elvețieni din Winterthur și la Centrul de Transfuzie din Sibiu de noi, a arătat că pericolul infectării sângelui prin metoda de conservare deschisă a fost exagerat.

Este suficient să luăm măsurile de aseptie și să păstrăm regulile tehnice elementare, ca să evităm infectarea sângelui.

De altfel posibilitatea de infectare a produsului de conservare se reduce din cauza acțiunii bactericide a sângelui, care după cercetările lui *Hutton* și *Kolmer-Howard* se manifestă și față de agenții patogeni (streptococ hemolitic, stafilococ aureu, b.-coli și tiflic),

în deosebi în primele 24 de ore după recoltare, persistând timp de 7 zile.

Partea bună a metodei deschise constă în faptul că sângele recoltat după această metodă, trecând sub forma unui jet liber de-a-dreptul în recipientul cu stabilizator nu este expus coagulării parțiale.

De fapt sângele conservat după această metodă poate fi transfuzat fără o prealabilă filtrare, ceea ce simplifică foarte mult utilizarea lui pentru transfuzie.

Inocuitatea perfectă a sângelui conservat după metoda deschisă și transfuzat fără o prealabilă filtrare a fost dovedită și la Centrul de Transfuzie din Sibiu, unde nu s'a produs nici un accident de transfuzie datorit infectării sau coagulării parțiale a sângelui.

γ) Conservarea sângelui după tehnica Centrului de Transfuzie Sibiu

La Centrul de Transfuzie din Sibiu, în urma numeroaselor încercări făcute, s'a fixat o tehnică de conservare „deschisă” foarte simplă și expeditivă.

Materialul și aparatura necesară pentru recoltarea, conservarea și transportul sângelui după această tehnică sunt puțin costisitoare și pot fi procurate în țară.

Transfuzia sângelui conservat după această tehnică poate fi executată fără măsuri speciale de precauție (filtrare) cu orice aparat de transfuzie, iar la nevoie chiar cu o seringă, iar rezultatele obținute sunt foarte bune.

1. Pregătirea materialului și a aparaturii. Reușita conservării depinde nu numai de metoda adoptată, ci și de alegerea și mai ales de pregătirea materialului întrebuințat.

Pentru stabilizarea și conservarea sângelui se întrebuințează vase din sticlă neutră (Jena), care nu impurifică conținutul și se curăță perfect.

Vasele de sticlă, înainte de întrebuințare, se curăță de urmele de sânge și se țin timp de 24 ore într'un amestec oxidant de acid sulfuric și bicromat de potasiu; se spală apoi timp de mai multe ore cu apă curgătoare (de robinet) și cu apă distilată, se clătesc cu alcool de 96° pur, se fierb timp de 20 minute în apă bidistilată, apoi se usucă, se astupă cu dop de vată învălit în tifon, se învelesc în hârtie de pergament și se sterilizează în etuvă, la temperatura de 120° timp de 2—3 ore.

Acele de venepuncție, se introduc imediat după întrebuințare, pentru 5 minute, într'o soluție de hidrat de sodiu de 0,5%, apoi se fierb timp de 10 minute în hidrat de sodiu 0,1%, se spală timp de mai multe ore în apă curgătoare, apoi în apă distilată și se usucă, iar înainte de întrebuințare se sterilizează prin fierbere.

Piese de cauciuc (dopuri, tuburi) se spală și sterilizează în același fel ca și acele.

Prin curățirea radicală a aparatelor se îndepărtează urmele de sânge și de impurități și se evită pericolul coagulării parțiale a sângelui.

2. *Recoltarea și stabilizarea sângelui în vederea conservării* se face cu metoda deschisă, prin venepuncție, în condițiuni riguros aseptice.

Operația recoltării are loc într-o cameră specială iar operatorul se prepară ca pentru o intervenție pe cavitatea abdominală sau articulară (spălatul 10—15 minute, halat steril, mască). Regiunea cotului de unde se ia sângele se desinfectează cu alcool, tinctură de iod și se izolează cu câmpuri sterile. Recoltarea sângelui se face prin venepuncție din vena cotului, cu un ac scurt de grosime mijlocie. Pentru reușita conservării este important ca scurgerea sângelui să se facă sub forma unui jet puternic și neîntrerupt, în așa fel ca sângele recoltat să nu stagneze pe ac.

Recoltarea se întrerupe în momentul când debitul se reduce și scurgerea începe a se face în picături.

Pentru a asigura un debit suficient de sânge nu e nevoie să întrebuițăm un ac de venepuncție prea gros, care face operația dureroasă și poate lăsa urme inestetice.

Debitul necesar poate fi obținut și cu un ac mic de venepuncție, cu condiția ca brațul să fie bine comprimat, iar vena să nu fie colabată.

La Centrul din Sibiu comprimarea brațului se face prin brățara circulară (sfigmomanometru), cu o presiune apropiată de cea diastolică (80—90 mm Hg), iar venepuncția se face cu anestezie locală (novocaină 2%) și cu un ac mic de oțel inoxidabil, lung de 5 cm, având diametrul exterior de 1,2 mm.

În condițiile arătate de noi se obține în toate cazurile un jet puternic și continuu de sânge.

Sângele obținut se recoltează direct într'un vas Erlenmeyer gradat, cu o capacitate de 500 cm³, cu gâtul larg. Pentru a împiedeca infectarea sângelui gura recipientului se ține la oarecare distanță și nici într'un caz nu se sprijinește pe braț.

În timpul recoltării sângele se stabilizează cu amestecul de citrat și de glucoză preparat înainte de întrebuițare într'o seringă de 20 cm³, amestecând 6 cm³ din citratul de sodiu (soluția I) și 8 cm³ din glucoză (soluția II) (v. Mijloacele de stabilizare și conservare a sângelui).

Stabilizarea sângelui în vederea conservării se face adăugând la fiecare 100 cm³ de sânge câte 7 cm³ din acest amestec. O parte din stabilizator (2—3 cm³) se pune în recipient înainte de recoltarea sângelui, iar restul se adăogă din seringă picătură cu picătură în timpul recoltării, agitând tot timpul conținutul recipientului, pentru a asigura amestecarea omogenă a sângelui cu stabilizatorul.

Sângele astfel recoltat se agită prin mișcări largi circulare timp de 2—3 minute și se transvazează apoi în recipiente în care se face conservarea.

Felul în care se face recoltarea și stabilizarea sângelui la Centrul din Sibiu este redat în figura 4.

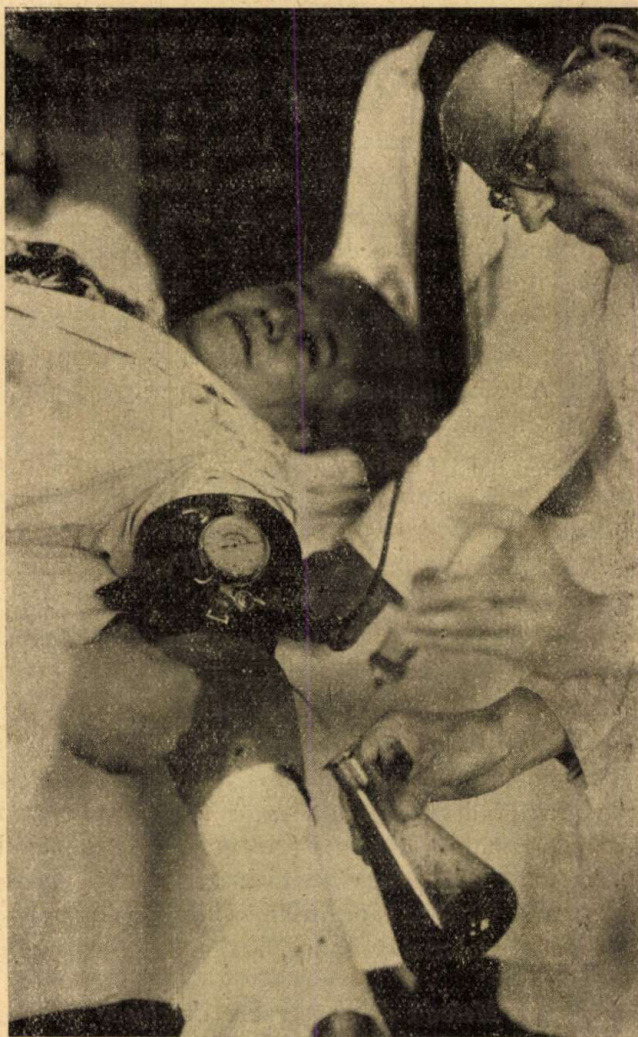


Fig. Nr. 4.

Recoltarea și stabilizarea sângelui (tehnica întrebuițată la Centrul din Sibiu).

Cantitatea de sânge recoltată de fiecare dată variază după donator, fiind de 200 cc la tineri și la femei, de 250—300 cc la bărbați viguroși și de 350 cc la hipertensivi.

Recoltarea repetată a sângelui se face după controlul hematologic, tot la 4 săptămâni la hipertensivi și la 8—12 săptămâni la celelalte categorii de donatori.

Pentru reușita conservării este important ca donatorii în timpul recoltării să nu fie în plină digestie sau în perioada menstruației. Sângele recoltat în timpul digestiei fiind încărcat cu produși de absorbție tensioactivi (grăsimi, peptone etc.) rezistă mai puțin la hemoliză și în același timp poate să producă fenomene alergice. Majoritatea autorilor cari s'au ocupat cu problema transfuziilor nu recomandă recoltarea sângelui în timpul

digestiei (Corelli, Jeanneney, Schilling și alții), admitând că acest sânge ar putea să producă accidente de transfuzie.

La Centrul din Sibiu recoltarea sângelui se face în regulă generală „à jeun”.

3. *Conservarea sângelui la Centrul de Transfuzie din Sibiu* se face în flacoane gradate de 220—250 cm³ (Jenaerglas) și în fiole de 50 cm³ din sticlă Jena.

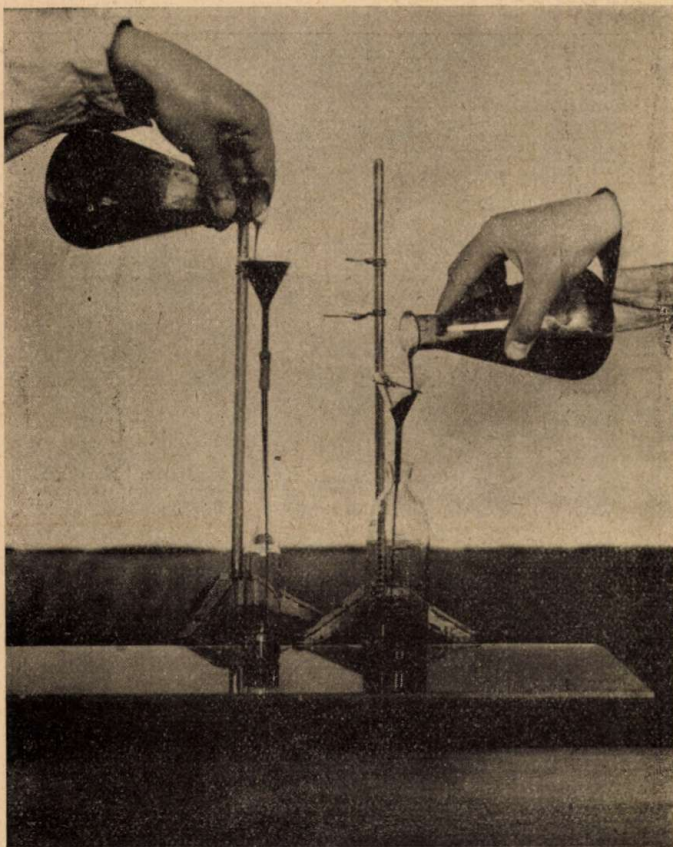


Fig. Nr. 5.

Intrebuințarea acestor flacoane pentru conservarea și transportul sângelui prezintă o serie de avantajii. Prin forma lor cilindrică îngustă (18 cm × 5 cm) ele nu oferă celor 2 părți constitutive ale sângelui o suprafață de schimb prea mare și nu favorizează hemoliza. Tot din cauza formei lor ele ocupă puțin loc în răcitoare și lăzile de transport, înlesnind prin aceasta depozitarea și transportul sângelui conservat.

Conservarea sângelui se face în răcitor electric la temperatura de 2°—4° C, în flacoane închise ermetic. Umplerea flacoanelor cu sânge stabilizat are loc în condițiuni riguros aseptice, sub o nișă închisă.

Transvazarea sângelui în flacoane se face fără altă măsură de precauție, cu ajutorul pâlniilor obișnuite, sterile. Pentru a împiedeca scuturarea sângelui, flacoanele destinate transportului se umplu până la gâtul flaconului, lăsând deasupra lichidului un spațiu liber de 1 cm.

Umplerea fiolelor se face cu ajutorul unor pâlnii ce se termină printr'un tub de sticlă îngust. Ea trebuie executată în așa fel ca gâtul fiolei să rămână liber și nemurdărit de sânge pe o distanță de cel puțin 5 cm. pentru a permite sudarea lor la flacără. Felul în care se face umplerea flacoanelor și fiolelor este arătat în figura Nr. 5.

Astuparea flacoanelor se face cu dopuri de cauciuc parafinate și protejate de capișoane din hârtie de pergament, iar fiolele se închid prin sudarea la flacără.

Flacoanele cu sânge conservat se notează cu eticheta Centrului de Transfuzie pe care se trece numele și grupa donatorului, data recoltării, titrul de aglutinare, ar în cazul sângelui cu putere aglutinantă mare se trec și indicații în legătură cu durata transfuziei. Aspectul flacoanelor și fiolelor astupate și etichetate, cât și felul în care se face păstrarea lor în răcitor, este redat în fig. 6.

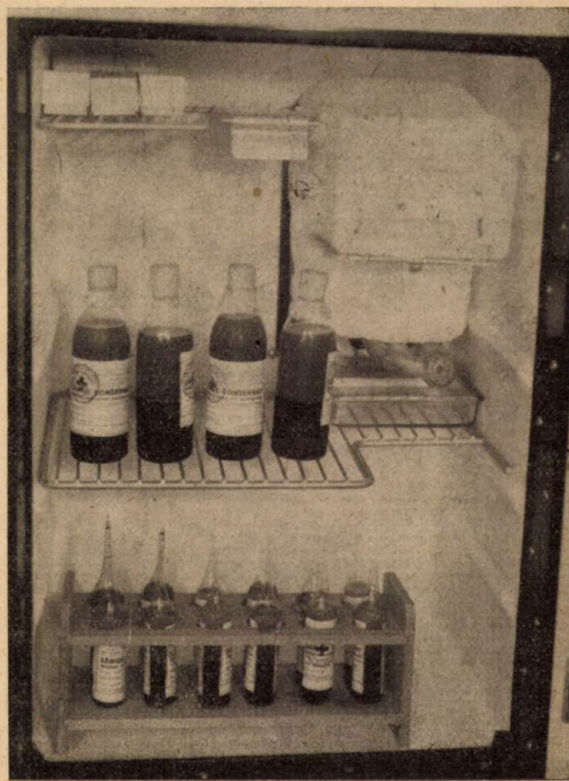


Fig. Nr. 6.

4. *Transportul sângelui conservat* se face în lăzi izoterme construite după indicațiile noastre de Arsenalul din Sibiu și numită „Ladă izotermă de transport tip românesc din Sibiu”.

Lada izotermă este compusă din 3 lăzi așezate una într'alta: lada interioară, mijlocie și exterioară (notate în fig. 7 cu c, b și A).

Lada interioară (c) adăpostește într'un stativ de lemn 20 flacoane cu sânge așezate între 2 straturi de vată. Ea se închide ermetic cu un capac metalic ce se

presează cu ajutorul șuruburilor contra bordurei căptușite cu cauciuc.

Înălțimea cutiei interioare este de 25 cm, iar suprafața fundului de 600 cm².

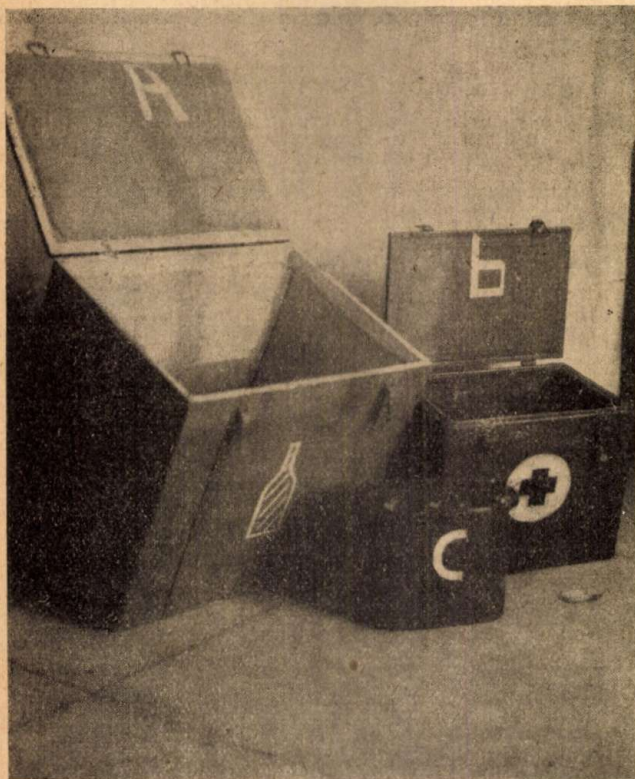


Fig. Nr. 7. — Lada izotermă de transport a Centrului de Transfuzie din Sibiu (demonțată).

Lada mijlocie (b) este o marmită de trupă care servește pentru transportul hranei calde. E formată din

tablă cu pereții dubli, căptușită cu plută și asbest și se închide ermetic.

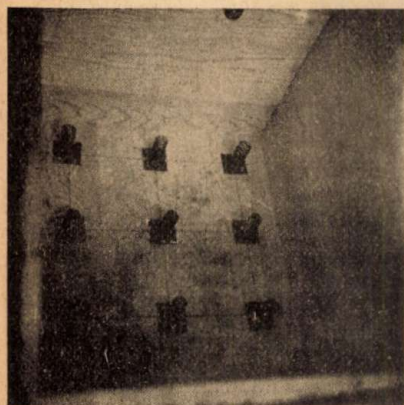


Fig. Nr. 8. — Sistemul de amortizare din lada izotermă de transport.

fundul lăzii exterioare are o platformă demontabilă, sprijinită pe 12 arcuri de oțel care amortizează șocurile și reduce efectul scuturării (v. fig. Nr. 8).

Montarea lăzii izoterme se face prin așezarea concentrică a celor 3 cutii. Spațiul liber dintre lada interioară (c) și mijlocie (b) se umple cu gheață (10–12 kg). Aspectul lăzii izoterme de transport montată este redat în figura 9.

Cantitatea de sânge ce poate fi transportată în lada noastră este de 5 litri. Greutatea lăzii încărcate cu gheață și sânge este de 75 kg.

Transportul sângelui conservat în lăzile de transport ale Centrului din Sibiu se poate face în orice vehicul (căruță, camion, tren) în condițiuni excelente.

Cercetările făcute de noi au arătat că sistemele de izolare termică și de amortizare în cazul lăzii noastre nu lasă nimic de dorit.

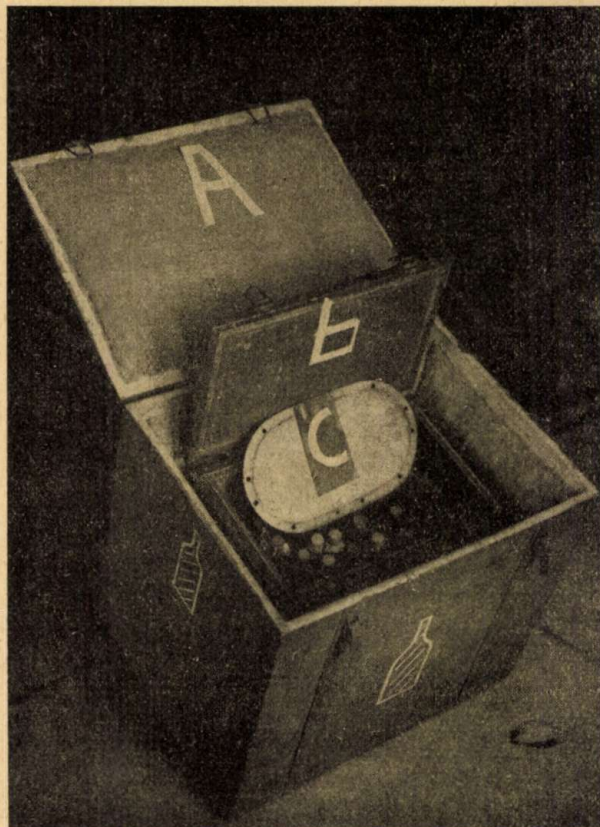


Fig. Nr. 9. — Ladă izotermă de transport a Centrului din Sibiu (montată).

Transportat la distanțe mari (Sibiu—București) în aceste lăzi sângele nu se agită aproape de loc, suprafața de separație între cele 2 straturi de globule și plasmă rămânând netă.

Capacitatea de izolare a lăzii noastre este de asemenea remarcabilă. Astfel, gheața în interiorul lăzii se menține timp de 4 zile pe lângă o temperatură exterioară de 20–24° C., iar temperatura necesară conservării (2°–5°) se menține în aceleași condițiuni timp de 5 zile.

5. *Tehnica Centrului de Transfuzie din Iași* (Prof. I. Nicolau).

Recoltarea, stabilizarea și conservarea sângelui la Centrul din Iași se face într'un Erlenmeyer astupat cu un dop de vată străbătut de trei tuburi de sticlă (v. desenul G din fig. 3), din care unul comunică cu acul de venepuncție, iar celălalt cu aparatul cu acțiune as-

piratoare și respingătoare. Ca mijloc de stabilizare se întrebuințează o soluție de citrat de sodiu 4‰, care se adaugă sângelui în proporție de 1 : 10. Inchiderea vasului în vederea conservării sângelui se face prin parafinarea dopului. Produsul de conservare al Centrului din Iași se filtrează înainte de transfuzie printr'un filtru de mătăasă care se găsește în interiorul recipientului fixat pe brațul interior al tubului de sticlă (notat cu f. în desenul G fig. 3).

Felul în care se transportă sângele conservat de Centrul din Iași nu este indicat de autor.

6. *Tehnica Centrului de Transfuzie din București (Dr. V. Ionescu).*

Recoltarea, stabilizarea și conservarea sângelui la Centrul din București se face prin metoda deschisă în baloane de 250–500 cc. Ca mijloc de stabilizare se întrebuințează citratul de sodiu în concentrație de 10‰ care se adaugă sângelui în proporție de 1 : 25. Sângele stabilizat se diluează după recoltare cu ser fiziologic în proporție de 10 : 25. Conservarea sângelui se face în baloanele ce au servit pentru recoltare. În acest scop baloanele sunt astupate cu dop de vată învăluit în tifon și legate în hârtie.

Sângele conservat după tehnica din București înainte de transfuzie se filtrează printr'un filtru special construit după indicațiile autorului. Modul în care se face transportul acestui sânge pe distanțe mari nu este indicat de autor.

7. *Tehnica Centrului de Transfuzie și de Conservare al Armatei din București. (Medic Major Dr. Nestorescu).* Recoltarea, stabilizarea și conservarea sângelui la acest Centru se face în același vas (sticla tip „Monopolul Alcoolului” de 500 cm³). Recoltarea sângelui se face prin metoda închisă, iar stabilizarea cu ajutorul soluțiilor de glucoză de 5‰ și citrat de sodiu de 4‰, cari se amestecă cu sânge în proporția de 1 : 1, concentrația finală a glucozei fiind de 0,25‰, iar a citratului de 0,2‰. Pentru a asigura păstrarea cât mai bună a hematiilor, lichidul de conservare gluco-citrat se completează cu ClNa. Înainte de transfuzie sângele conservat după această tehnică se filtrează printr'un filtru de mătăasă. Transportul sângelui se face în lăzi izoterme.

c) **Efectul conservării asupra proprietăților morfologice, biologice, fizico-chimice și chimice ale sângelui conservat.**

Efectul conservării asupra sângelui se traduce prin modificări morfologice, funcționale, chimice și fizico-chimice, care variază după natura lichidului conservant și mai ales cu durata conservării.

În practica transfuziei interesează în deosebi schimbările care influențează valoarea substitutivă și inocuitatea sângelui, cum ar fi de ex. numărul, forma

și capacitatea funcțională a elementelor figurate, în deosebi a hematiilor și concentrația hemoglobinei din plasmă, coagulabilitatea sângelui conservat și în legătură cu aceasta, starea trombocitelor și a fermentilor care iau parte la acest proces (protrombină). Un interes special prezintă și natura schimbărilor suferite de proteinele globulare și plasmatică (hemoglobină, globulină, albumină, fibrinogen) care pot influența atât capacitatea respiratorie, cât și proprietățile fizico-chimice, (presiunea coloidosmotică, vâscozitatea, etc.) și biologice ale sângelui (calitatea de grup, acțiunea bactericidă și de apărare în general).

a) **Efectul conservării asupra elementelor figurate**

1. *Hematiile* prezintă în timpul conservării modificări în aspectul, numărul, rezistența și într'o măsură oarecare în starea lor funcțională.

Aspectul hematiilor se schimbă prin apariția eritrocitelor mici, dințate și ratatinate (microcitoză) alături de formele sferice mari decolorate (macrocitoză) și de globulele cu aspect muriform și steliform.

Modificările de formă descrise corespund celor trei faze succesive prin care trec globulele roșii până la fragmentarea și distrugerea lor completă.

Ele sunt datorite dislocării parțiale a conținutului globulelor provocate de exagerarea permeabilității globulare.

Ratatinarea globulelor începe chiar la câteva zile după recoltare, umflarea și decolorarea se produce la 2–3 săptămâni, iar deformarea pronunțată caracterizată prin aspectele muriforme și steliforme și fragmentarea globulelor apare abia la câteva săptămâni de conservare.

După autorii elvețieni (*Schürch-Egger-Willenegger*) ratatinarea inițială ar fi datorită dislocării cationilor (K), umflarea și decolorarea ar fi provocate de pătrunderea în interiorul globulei a apei și a anionilor, iar deformarea pronunțată ar coincide cu trecerea hemoglobinei în mediul înconjurător.

Modificările de formă observate în primele zile de conservare se limitează la un număr redus de globule și se pronunță abia la câteva săptămâni de conservare; la 70–90 zile de conservare ele interesează cam 50‰ din globule (*Gnoinski* citat de *Schürch-Willenegger-Knoll*). Rezistența globulelor la deformare variază cu natura conservantului, fiind mai mică în cazul soluțiilor citratate și saline, mai mare în mediul de conservare glucozat, în care globulele roșii își mențin forma aproape neschimbată timp de 5–6 săptămâni (*Schilling*).

Rezistența globulară. Conservarea produce concomitent cu deformarea globulelor și micșorarea rezistenței globulare cu hemoliză consecutivă.

Rezistența globulară scade simțitor în timpul conservării, ajungând la 18 zile de conservare dela 0,45‰

până la 0,9 gr % ClNa în cazul rezistenței minime și dela 0,3% la 0,6% în cazul celei maxime (Jullien-Vieroz). Scăderea rezistenței în timpul conservării variază după felul substanței conservante, fiind mai accentuată în lichidele de conservare citratate și saline decât în cele glucozate.

În cazul sângelui conservat după tehnica noastră rezistența minimă scade la 0,6% ClNa după 2 săptămâni și la 0,8% după 4 săptămâni. (V. Tabloul Nr. 1.)

2. Hemoliza este unul din efectele caracteristice ale conservării și totodată unul din criteriile cele mai importante după care ne dăm seama de „nocivitatea” sângelui conservat. Hemoliza devine perceptibilă de obicei atunci când rezistența globulară scade până la 0,8—0,9%. Intensitatea procesului de hemoliză poate fi determinată prin dozarea hemoglobinei din plasma sanghină și chiar macroscopic, după colorarea plasmei. Ea trebuie făcută după o centrifugare prealabilă a sângelui, care grăbește difuzarea hemoglobinei din sedimentul de globule în plasmă și repartizează uniform hemoglobina liberă.

Cantitatea de hemoglobină liberă care se găsește în plasmă după centrifugarea sângelui exprimă *hemoliza efectivă*, cea care se află în plasmă înainte de

după 2—5 săptămâni de conservare (De Gowin, Harris-Plas).

Diferența între acțiunea celor două lichide conservante se datorește glucozei, care mărește rezistența globulelor la hemoliză (Maizels-Whittaker, Willbrand, Belk-Rosenstein, Takeoka-Tomofumi).

De obicei la 2—3 săptămâni de conservare în mediul glucozat concentrația hemoglobinei libere, determinată după scuturarea sângelui (hemoliza efectivă), se ridică la 0,2 gr—0,3 gr %, iar la 5 săptămâni până la 0,4—0,5 % (Schürch-Willenegger-Knoll).

Rezultate asemănătoare au fost obținute și în cazul sângelui conservat după tehnica noastră (v. tabloul Nr. 1).

Numărul globulelor roșii scade într-o măsură oarecare în timpul conservării. Scăderea hematiilor este mai accentuată în lichidele de conservare citratate și mai ales saline (soluția I. P. K. de Moscova și cea de Leningrad) mai puțin însemnată în lichidele glucozate (Knoll).

După cercetările făcute cu sângele conservat după tehnica Centrului reiese că numărul globulelor roșii se reduce la 4.700.000 după 2 săptămâni, la 4.400.000 după 5 săptămâni de conservare. (v. tabloul Nr. 1).

Tabloul Nr. 1

Numărul hematiilor, rezistența globulară și concentrația hemoglobinei libere în sângele conservat după tehnica Sibiu

Durata conservării în săptămâni						
Hematii pe 1 mm ³	1	2	3	4	5	6
Cifre medii (4 probe de sânge)	4.864.320	4.700.000	4.550.000	—	4.400.000	—
Cifre extreme:	—	—	{ 4.300.000 4.600.000	—	{ 4.300.000 4.800.000	—
Concentrația hemoglobinei din plasmă după centrifugare (hemoliză efectivă)	—	0,2 gr %	—	0,25 gr %	0,43 gr % 0,38—0,50	—
Rezistența globulară maximă	—	—	—	—	—	—
minimă	—	0,60%	—	0,80%	—	—

centrifugare *hemoliza aparentă*, iar diferența între cele două constituie *hemoliza latentă*.

Hemoliza începe în primele zile după recoltarea sângelui, pronunțându-se în tot timpul conservării. Ea este favorizată de variațiile de temperatură, de scuturarea și de infectarea sângelui.

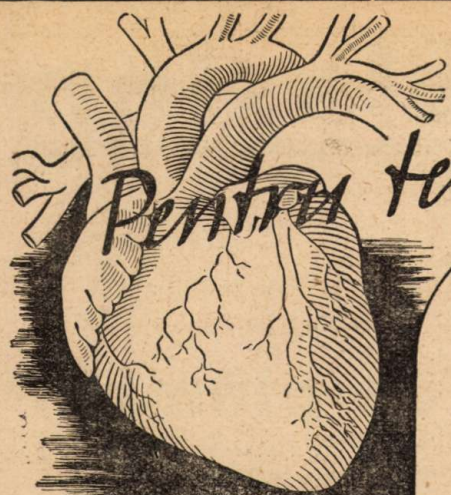
Cantitatea de hemoglobină dislocată zilnic în timpul conservării variază după natura conservantului și durata conservării.

În cazul sângelui conservat cu amestec de citrat și glucoză ea este de 4—10 mgr % în primele 10 zile, de 13—35 mgr % după 15—35 zile de conservare. În mediul citratat hemoliza este mult mai pronunțată, fiind de 8—14 mgr % în primele zile, 20—140 mgr %

Capacitatea funcțională a globulelor roșii, adică proprietatea de a fixa și elibera oxigenul se menține, paralel cu rezistența la hemoliză, săptămâni întregi după recoltarea sângelui.

Din momentul când începe hemoliza capacitatea de oxigenare a globulelor scade, în schimb însușirea plasmei sanghine de a fixa și de a elibera O₂-ul crește datorită hemoglobinei libere dislocată din globule, ceea ce face ca puterea de oxigenare a produsului total de conservare să nu fie schimbată (amestec de globule și plasmă).

Intrădeavăr, cercetările lui Fischer-Schürch au arătat că puterea de saturație cu O₂ a sângelui, conservat cu heparină și lichide glucocitratate, se menține timp de 6—8 săptămâni.



terapia Digitală

și pentru tratamentul economic de lungă durată, cardiacul consacrat, cu început de acțiune rapidă și cu efect îndelungat

DIGITALIS-DISPERT

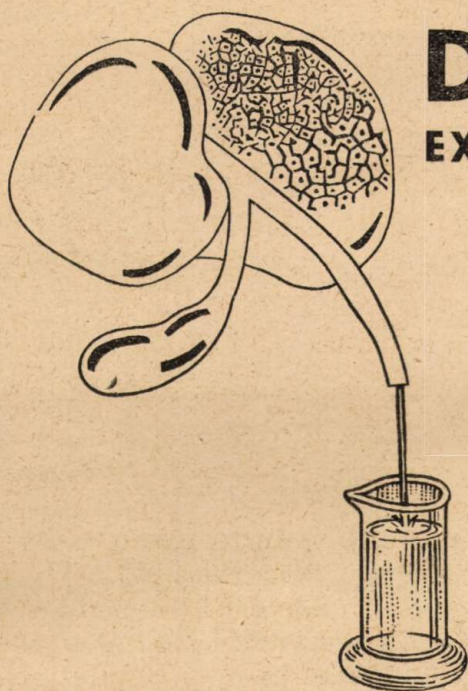
Procedeul de fabricațiune „Dispert” asigură, prin gradul înalt de dispersiune — în mărimea eritrocitelor umane — o rezorbție optimală și o toleranță perfectă.



„Rhenania” Secția Farmaceutică a S. A. KALI-CHEMIE, Berlin
Dep.: Pharmag S. A., Brașov

Digitalis-Dispert

Tablete • Supozitoare • Soluție



DECHOLIN

EXPERIMENTAT ANI DE ZILE

COLERETIC

COLAGOG

DIURETIC



J. D. RIEDEL-E. DE HAËN, A.-G. BERLIN-BRITZ

REPREZENTANT PENTRU ROMÂNIA: RUDOLF FOREK
BUCUREȘTI 3, STR. G.-RAL EREMIA GRIGORESCU, 6

Sanatoriul St. Blasien

Altitudine 800 m.



Prospecte ilustrate gratuite.

Condițiuni climatice favorabile.

Climat curativ special.

Stabilimentul particular cel mai înalt
situat din Germania pentru

bolnavi de plămâni

într-o poziție privilegiată în regiunea sudică a
pădurii Schwarzwald.

COSTUL TRATAMENTULUI:

în camere pt. două persoane dela RM 9

în camere pentru o persoană dela RM 11

Medic Șef: **Profesor Dr. A. Bacmeister**

Medic Conducător: **Dr. A. Emmeler**

Chirurg

SANATORIUL ST. BLASIEN

Südl. Bad. Hochschwarzwald

Bahnstation Seebrugg (Deutschland)

MAGNESIUM MANDELAT «ASTA»

(granule solubile în intestinul subțire)
pentru terapia specifică în

Coli-infecțiuni
ale
Căilor urinare

★

Absolut netoxic
Foarte economic
(durată scurtă de tratament)



ASTA AKTIENGESELLSCHAFT CHEM. FABRIK BRACKWEDE

Literatură și eșantioane vă stau
cu plăcere la dispoziție.

epozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R. ★ Strada Sf. Ionică No. 8 ★ BUCUREȘTI

Diminuarea capacității respiratorii a produsului integral de conservare (sânge și plasmă) se produce numai atunci când hemoglobina se denaturează, transformându-se în produși inapți pentru respirație, cum sunt methemoglobina și sulfhemoglobina.

În sângele conservat cu lichide citratate saline și mai ales gluco-citratate derivații anormali ai hemoglobinei apar abia după mai multe săptămâni de conservare, în cantități cu totul neînsemnate (*Schilling*), în schimb în lichidele de conservare speciale, cum este Novotrans-ul și mai ales Sangostat-ul, acestea se formează în cantități mari sub acțiunea tiosulfatului și a formaldehidei, scăzând într-o măsură largă capacitatea funcțională a produsului de conservare.

Astfel, cercetările lui *Wilbrand* au arătat că după 4 săptămâni de conservare cu Sangostat 50% din hemoglobina totală se transformă în methemoglobină.

În concluzie, din cercetările de până acum reiese că funcțiunea respiratorie a sângelui conservat cu lichidele de conservare obișnuite se menține neschimbată timp îndelungat.

Este adevărat că din punct de vedere al valorii substitutive a produsului de conservare nu este indiferent dacă menținerea capacității respiratorii a acestuia se datorește numai globulelor, cum este cazul sângelui nehemolizat, sau și hemoglobinei libere, cum este cazul sângelui hemolizat, întru cât hemoglobina liberă are un efect toxic.

Aprecieri capacitatea respiratorie a sângelui conservat s'a făcut în „vitro”, prin dozarea O₂-lui fixat și eliberat de sânge și în „vivo”, prin determinarea ca-

2. *Leucocitele* sunt cele mai puțin rezistente a conservare. După majoritatea autorilor care s'au ocupat cu problema conservării sângelui, leucocitele se distrug în proporție de 50% la o săptămână de conservare, iar la 2—3 săptămâni se transformă aproape în întregime în resturi celulare.

Cele mai sensibile la acțiunea conservării sunt polinuclearele. Degenerarea polinuclearelor începe în primele zile după recoltarea sângelui, manifestându-se prin dispariția granulațiilor, ratatinarea nucleului, dislocarea cromatinei, fragmentarea nucleului și disolvarea celulei (*Tzanck-Dreyfuss*) și se termină după 7—10 zile, maximum 15 zile, când majoritatea polinuclearelor dispăre (*Schilling, Jeanneney, Edsall-Scudder*).

Monocitele și mai ales limfocitele rezistă mai bine la conservare, persistând timp de 5 până la 30 de zile. (*Tzanck-Dreyfuss*).

Sensibilitatea inegală a elementelor leucocitare la acțiunea conservării se traduce prin modificarea formulei leucocitare a sângelui conservat, în sensul unei limfocitoze relative.

Cercetările făcute de noi au arătat că în sângele conservat după tehnica adoptată de centrul din Sibiu numărul total de leucocite se reduce după 3—5 și 14 zile la 5030, 3740 și 2810; (v. tabloul Nr. 2).

În ce privește variațiile formulei leucocitare ea n'a putut fi urmărită decât 8 zile; după acest timp diferențierea între diferitele forme leucocitare n'a mai putut fi apreciată.

Rezultatele obținute de noi sunt trecute în tabloul Nr. 2.

Tabloul Nr. 2

Numărul leucocitelor și formula leucocitară în sângele conservat după tehnica Sibiu

Durata conservării în zile				
Leucocite pe 1 mm ³	3	5	8	14
Cifre medii (4 probe de sânge)	5030	3740	—	2810
Cifre extreme	(3240—6150)	(2280—4850)	—	(1600—3480)
Formula leucocitară				
Polinucleare	50%	27,5%	12%	
Limfocite	40%	59,6%	78%	
Monocite	10%	12,9%	10%	

pacității sângelui conservat de a-și relua funcțiunea respiratorie în organismul primitivului.

Cercetările făcute pe animale exsanghinate și pe cele intoxicate cu oxid de carbon au arătat că globulele roșii transfuzate participă la hematoză în aceeași măsură și cu aceeași eficacitate ca și globulele primitivului.

În concluzie, globulele roșii își păstrează în timpul conservării săptămâni întregi forma, numărul și capacitatea funcțională, în deosebi în mediul glucozat, care exercită o acțiune de protecție evidentă asupra lor.

Funcțiunea leucocitelor în sângele conservat durează câteva zile. După cercetările lui *Fischer Roger-Jeanneney* motilitatea și puterea fagocitară a leucocitelor persistă timp de 4—5 zile, iar după lucrările lui *Kiguchi, Kolmer* și *Karavanov* puterea fagocitară a leucocitelor conservate față de agenții patogeni (strep-tococi, stafilococi, b. coli) scade după 3—4 zile la 39%—40%, iar după 7 zile dispăre complet.

Spre deosebire de acești autori *Garrault-Lieure* constată că mișcările amiboide ale leucocitelor în sângele conservat de cobai se păstrează vii în primele 10

zile, se micșorează mult după 3 săptămâni și dispar complet după 1 lună.

Din cele expuse până acum ar rezulta că sângele conservat nu poate fi întrebuințat ca un material de substituție în cazul agranulocitozelor și ca mijloc anti-infecțios în stările septice decât un timp foarte limitat (2—3 zile).

Totuși lucrurile nu stau tocmai așa.

Acțiunea antiinfecțioasă a sângelui conservat nu se datorește numai puterii fagocitare a leucocitelor, ci și produșilor rezultați din distrugerea leucocitelor, care după cercetările lui *Hanausek* sunt în stare să împiedice dezvoltarea culturilor de streptococi timp de 15 zile, deci și după încetarea fagocitozei.

Acțiunea produșilor rezultați din desagregarea leucocitelor s'ar traduce după unii autori (*Habelmann*) și prin excitarea tiroidei, sistemului simpatic și a leucopsezei, având drept rezultat stimularea întregului sistem care ia parte la procesele de apărare.

3. *Trombocitele* în general sunt mai rezistente la conservare decât leucocitele. Efectul conservării asupra trombocitelor variază mult cu natura lichidelor conservante.

Din cercetările comparative făcute cu diferite

β) *Efectul conservării asupra calităților fizico-chimice ale sângelui.*

1. *Vâscozitatea sângelui* se ridică în timpul conservării din cauza hemoglobinei libere ce se adună în plasmă.

2. *Presiunea coloid-osmotică* a sângelui se menține în limitele normale într'un sânge nediluat (*Owada—Kazuo*) și scade în produse de conservare diluate, micșorând prin aceasta valoarea substitutivă a sângelui conservat, în special capacitatea lui de a se menține în aparatul circulator al primatorului.

3. *Reacția sângelui conservat* ar deveni mai alcalină după unii autori, ajungând la un pH egal cu 8,4 (*Jeanneney-Kiguchi*). După autorii ruși, reacția sângelui conservat nu se schimbă în lichidele de conservare lipsite de glucoză, iar în cele glucozate, din cauza glicolizei și acumulării acidului lactic, deviază ușor în spre partea acidă, ajungând după 24 de zile sub pH-ul 7 (*Bogdasarov*).

Cercetările făcute cu sângele conservat după tehnica noastră au arătat că intradevăr în sângele conservat cu glucoză are loc devierea reacției sanghine, însă chiar după 5 săptămâni ea continuă să fie alcalină (v. Tabloul Nr. 3).

Tabloul Nr. 3

pH-ul plasmei din sângele conservat după tehnica Sibiu

Durata conservării în săptămâni

pH-ul plasmei	Indată după recoltare	1	2	3	4	5
Cifre medii (9 probe de sânge)	7,63	7,51	7,32	—	—	7,15
Cifre extreme	(7,60—7,68)	(7,42—7,60)	(7,20—7,55)	—	—	(7,10—7,20)

mijloace de conservare de către *Knoll* reiese că trombocitele dispar după 1—2 zile de conservare în mediul heparinizat și rezistă foarte bine în lichidele glucozate.

Din graficele lui *Knoll* se vede că în mediul gluco-citratat numărul trombocitelor, chiar după 12 zile de conservare, se menține la 200.000 și scade vertiginos către a douăsprezecea zi de conservare.

Rezultate asemănătoare au obținut și *Benhamou—Mercier*.

Spre deosebire de autorii elvețieni și francezi, *Kiguchi, Kolmer* și alții constată dispariția completă a trombocitelor după 5 zile de conservare.

Dacă în privința rezistenței trombocitelor la conservare și a numărului trombocitelor din sânge conservat părerile sunt deosebite, în schimb toți autorii sunt de acord că sângele conservat exercită în toate cazurile o acțiune hemostatică foarte exprimată (*Tzanck, Chvedsky*) și favorizează coagularea (*Funakoshi—Kinjiro*), ceea ce dovedește că efectul hemostatic al produsului de conservare nu este condiționat de păstrarea trombocitelor în stare intactă.

4. *Viteza de sedimentare a hematiilor* se micșorează în timpul conservării, ajungând după 3 săptămâni la 0. Ea ar fi datorită modificărilor survenite în coeficientul albuminic al plasmei și în gradul de dispersie al proteinelor plasmatiche.

5. *Tensiunea superficială* prezintă modificări inconstante (*Jeanneney*), scăzând în majoritatea cazurilor (*Kiguchi*), probabil sub acțiunea produșilor tensioactivi ai proteolizei (polipeptide etc).

γ) *Efectul conservării asupra acțiunii și proprietăților biologice ale sângelui conservat*

Conservarea produce modificări profunde în metabolismul elementelor figurate și în activitatea fermentilor în general, influențând prin aceasta atât starea proteinelor sanghine, cât și proprietățile și acțiunea biologică a produsului de conservare. În general proprietățile biologice ale sângelui se păstrează mai bine în lichidele de conservare obișnuite (citrat, glucoză) decât în cele speciale (Sangostat), în care aceste calități dispar în scurtă vreme.

1. *Metabolismul globulelor roșii*, caracterizat prin glicoliza aerobă și anaerobă, se alterează în timpul conservării. Procesele de oxidație și glicoliză aerobă se sistează la câteva ore de conservare din cauza alterării fermenților de oxidație, iar procesele de glicoliză, și mai ales de scindarea esterilor fosforați persistă, provocând acumularea acidului lactic și a fosfaților anorganici.

2. *Modificările survenite în funcțiunea elementelor figurate* au fost descrise în altă parte.

3. *Proteinele plasmatice și globulare*. Natura modificărilor suferite de proteinele plasmatice în timpul conservării nu este lămurită. După autorii ruși ele s'ar denatura prin deshidratare și oxidarea grupului sulfhidric.

Denaturarea proteinelor duce la modificarea gradului de dispersie a sistemelor coloidale și influențează prin aceasta capacitatea funcțională a leucocitelor, activitatea fermenților sanghinei și acțiunea biologică a sângelui în general, cât și efectul terapeutic al produsului de conservare.

În ce privește proteinele globulare ele se degradează în parte, transformându-se în polipeptide și azot rezidual.

4. *Protrombina* rezistă timp îndelungat la conservare. În general, conținutul sângelui conservat în protrombină se reduce după 3 săptămâni la 50% (Warner, Lord-Pastore). După Drew-Scudder protrombina se păstrează în proporție de 40% chiar la 4 luni după recoltarea sângelui.

5. *Activitatea carbohidrazelor și a fermenților de oxidație* (diastază, catalază) scade în timpul conservării.

6. *Modificările hormonilor și a vitaminelor* transportați pe calea plasmei și a globulelor (adrenalină, vitamina P. P. etc.) deocamdată n'au fost suficient studiate.

7. *Proprietățile de grupă* ale sângelui se modifică într-o măsură neînsemnată în timpul conservării. Puterea aglutinantă a plasmei, după autorii elvețieni, se micșorează puțin după 2—3 săptămâni, iar sensibilitatea aglutinogenelor scade uneori chiar la o săptămână, alteori după 4—5 săptămâni. După Blinov-Filatov, proprietățile de grupă se păstrează nemodificate chiar după 3 luni de conservare, iar după Belenkij ele dispar complet după 8 zile.

8. *Proprietățile imunobiologice ale sângelui*, dobândite prin vaccinare, se păstrează și în timpul conservării.

După Mstibovski, acțiunea antistreptococică a sângelui provenit de la un donator vaccinat, nu se schimbă după 5 zile de observație.

9. *Alexina* este sensibilă la conservare și se distruge aproape în întregime la 3 săptămâni (Duran Jorda), probabil datorită denaturării albuminelor plasmatice (Wilbrandt).

10. *Puterea bactericidă* a sângelui conservat față de diferiți agenți patogeni (streptococi, stafilococi, b.-coli și tific) este egală cu cea a sângelui proaspăt în primele 1—2 zile de conservare, scade simțitor însă după 7 zile, fără să dispară complet chiar la 1—2 săptămâni, ceea ce dovedește că ea nu se datorește numai activității fagocitare a leucocitelor, ci probabil și produșilor rezultați din distrugerea leucocitelor (lizate leucocitare) sau a hematiilor (hematină).

8) *Efectul conservării asupra proprietăților chimice ale sângelui*

Componentele organice ale plasmei suferă în timpul conservării o serie de modificări caracterizate prin creșterea globulinei provenite din globule roșii, printr'o hipoglicemie pronunțată, datorită glicolizei anaerobe și prin acumularea consecutivă a acidului lactic, și în fine printr'o creștere neînsemnată a azotului neproteic și a pigmentilor biliari.

Dintre *componentele anorganice* ale sângelui conservat cele mai importante modificări le suferă potasiul plasmatic, a cărui concentrație la 10—20 de zile de conservare crește de 6—10 ori, ajungând la 120—200 mgr %. Excesul de K plasmatic provine din globulele roșii, trecerea lui în plasmă fiind favorizată de modificarea permeabilității globulare.

Dintre celelalte substanțe anorganice ale plasmei natriul suferă o ușoară scădere, iar concentrația calciului nu se schimbă.

În concluzie, se poate spune că sângele conservat în primele zile după recoltare nu se deosebește de cel proaspăt. Deosebirea care survine ulterior nu constă numai într'un deficit de elemente morfologice și scăderea activității biologice a sângelui, ci și în prezența produșilor de denaturare și desagregare cu acțiune biologică evidentă, însă incomplet lămurită.

(Continuare în numărul viitor)

Sindromul Cardio-epileptic

de

Prof. Dr. C. I. Urechia

(Clinica Neuro-Psichiatică Cluj-Sibiu).

Existența unei epilepsii cardiace, rămâne încă în parte discutabilă; admisă de unii, negată de alții, ea constituie o problemă interesantă, ce ridică încă discuțiunile pasionate, și interpretări variate.

Prin epilepsie cardiacă, trebuie să înțelegem accese convulsive, apărând în cursul unei infecțiuni cardiovasculară, în raport direct cu această cardiopatie și în afară de orice altă etiologie.

Littre (1834) a întrevăzut existența unei epilepsii cardiace. Delasiauve (1853) insistă asupra originii circulatorii a convulsiunilor la epilepticii cardiopatici. Kussmaul susține asemenea existența unei epilepsii cardiace. Fabre (1880) consacră o lecțiune clinică acestei chestiuni. Lépine bănuiește o origină congestivă a acestei epilepsii. Koöwengel, Gowers, Hearder, Laache, au publicat mai multe cazuri de epilepsie cardiacă punând problema influenței cardiopatiei asupra producerii epilepsiei. Lemoine (1887) a făcut o lucrare excelentă și fundamentală, asupra epilepsiei cardiace; el reveni apoi cu noi observațiuni în teza elevului său Le Bel (1888)

De atunci încolo s'au publicat mai multe observațiuni, iar părerile patogenetice asupra epilepsiei cardiace sunt variate.

Între observațiile publicate vom cita: Renaut, Rasin, Leyden, Klempner, Oddo, Naunyn, Parisot, Mattel, Marchand, Stintz, g. Gélinau, Primark, Marchand, Rueff, Pauly, Mela, Marchand et Nouet, Oddo et Mattel, Ramond, Omer, Llan, Gay, Urechia¹⁾ Vullten, Combe-male et Courteville Targowla, Abadie, Barré, etc.

În sindromul lui Stokes Adams, pe lângă sindromele vertiginoase și sincopale, se pot întâlni în rare cazuri și crize convulsive. Accesele convulsive pot uneori să constituie unul din primele simptome ale sindromului; ele pot să apară fie în prima fază a afecțiunii, fie în faza de bradicardie variabilă, sau în fine cu totul rar, în cea de a doua fază, când accesele însă se atenuează ca frecvență și intensitate și pot chiar să dispară. Epilepsia poate să apară în același timp sub forma unui acces sincopal sau vertiginos, sau să se manifeste izolat. Vertigilele bradicardice se disting printr-o scurtă pierdere de cunoștință și de multeori prin con-

vulsiuni limitate, mai cu seamă la extremități. Absențele epileptice pot fi asemenea observate. Aceste accese apar mai cu seamă dimineața, când bolnavii se trezesc. Marile atacuri convulsive se constată mai rar. Micile accese mai mult sau mai puțin întinse, se limitează la față, la extremități, sau la o regiune mai mult sau mai puțin întinsă a corpului. Aura e relativ lungă, bolnavul având deseori timpul de a se așeza jos sau de a se culca. Aura poate lua aspecte variate, ca palpițițiunile și dureri precordiale, constricțiuni epigastrice, jenă respiratorie, șgomote în urechi, etc. sau alte simptome motorii și sensitive. Moartea poate surveni în decursul acestor accese convulsive. Status epilepticus nu se constată decât rareori și are o prognoză gravă. În câteva observațiuni, status epilepticus a constituit prima manifestare convulsivantă. Frecvența crizelor e variată după bolnavi și după cauzele favorizante. Caracterul special al acestor crize, e că ele sunt în raport direct cu frecvența pulsului; gravitatea și durata lor depinde de durata și intensitatea accesului bradicardic. În timpul acceselor pulsul poate scădea până la 29 sau chiar până la 5 pulsații pe minut, și se pot constata opriri ventriculare. Cu cât criza de bradicardie e mai lungă, cu atât accesul convulsiv e mai intens. Clarke remarcă de multă vreme că o criză bradicardică de 6—8 pe secundă, produce convulsiuni localizate la pleoape și la frunte, în timp ce crize mai lungi determină convulsiuni generalizate. Lewis a arătat că o pauză ventriculară de 2—3 secunde, produce o indispoziție; o pauză de 5—20 secunde, accese convulsive; și o pauză mai lungă moartea. Aceleași cifre aproximative ne sunt date de Vaquez și în parte de Munier. Constatările experimentale ale lui Erlanger și Bockmann, pledează în același sens, căci o pauză ventriculară de 15—20 secunde prin legarea fasciculului lui His, produce crize convulsive. Compresunea globilor oculari poate favoriza accesul. — Epilepsia bradicardică prezintă de asemenea un alt caracter, care demonstrează raportul său intim cu ritmul cardiac, care constă în faptul că ea nu se modifică prin medicamentele anti-epileptice, ci prin acelea care modifică ritmul cordului. Atropina, adrenalina, camforul, care accelerează pulsul, ameliorează această epilepsie; medicamentele care încetinesc ritmul și excită vagul, agravează sau dau loc la crize (cum ar de exemplu eserina, digitala, uabaina).

Toate aceste fapte, precum și experimentarea, demonstrează prin urmare că mecanismul convulsiunilor re-

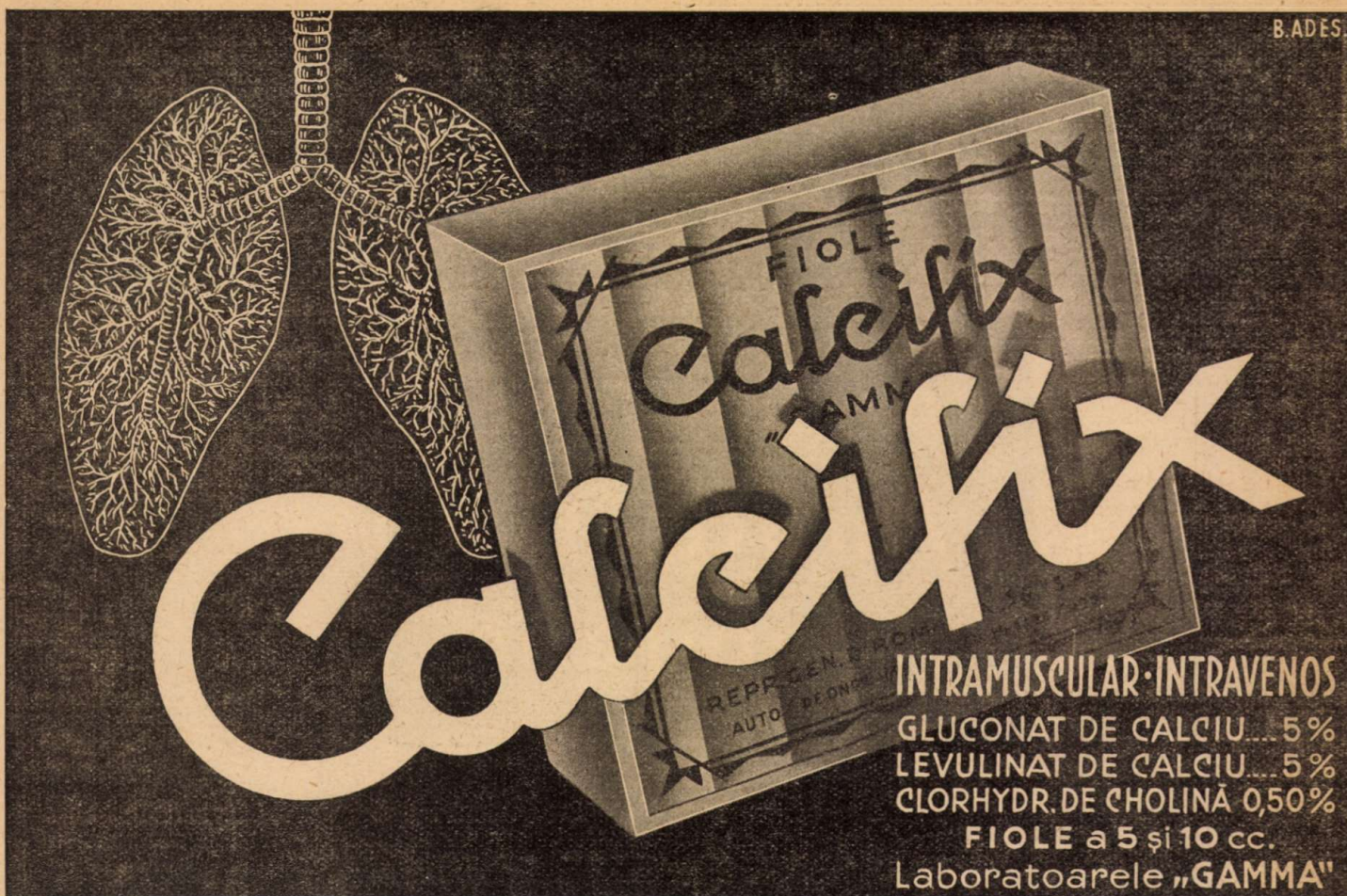
¹⁾ Soc. Méd. des hôpitaux de Paris 1931, p. 831.

" " " " " " 1932, p. 1380.

" " " " " " 1933, p. 960.

Archives de neurologie 1936, p. 4.

Monatschrift f. Psych. u. Neurol, 1942, vol. 106, p. 45.



Calcifix

FIOLE
"GAMMA"

REPREZENTANȚA
AUTO DE ÎNTRER

INTRAMUSCULAR · INTRAVENOS

GLUCONAT DE CALCIU... 5 %
LEVULINAT DE CALCIU... 5 %
CLORHYDR. DE CHOLINĂ 0,50 %

FIOLE a 5 și 10 cc.
Laboratoarele „GAMMA”

OVOCALCIUM

GYNOFOLIN + GLUCONAT DE CALCIU

Turburări de insuficiență ovariană, anovarii congenitale, sau câștigate, menopauză precoce sau fiziologică.

Cutii cu 6 fiole a 5 cmc. pentru inj. intramusculare. Una fiolă la 2 zile.
Flacoane cu 35 comprimate a 0,35 gr. pentru uzul intern, 3—4 pe zi.



In afecțiunile
căilor respiratorii

BRONCHOSEPTOL

DRAGELE

B.ADES



Anemoton
„GAMMA”

TONIC ȘI
RECONSTITUANT

ANEMIE
SURMENAJ
LIMFATISM

INDICAT

Anemi
Asten
opoten
fatism
rastim
ritism
licium
culiner
scula
trebur

LABORATOARE „GAMMA”

LEUKOTROPIN

**Antiflogistic
Analgetic
Antipiretic**

mai ales indicat în toate

sindromele reumatismale

artrite acute

inflamații ale mucoaselor

Forme de prezentare:

intravenos:

Cutii cu 2 fiole de 10 cmc.

Cutii cu 5 fiole de 10 cmc.

intramuscular:

Cutii cu 5 fiole de 10 cmc.

ATMOS-GESELLSCHAFT FRITZSCHING & CO.

(vorm. Silten-Gesellschaft)

MANNHEIM-WALDHOF

Reprezentant pentru România:

Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.

sidă în ischemia cerebrală, care produce accesele convulsive.

În afară de epilepsia din boala lui Stokes-Adams, se mai pot întâlni convulsii în asistole, indiferent de natura sa. Accesele pot lua toate formele de epilepsie; chiar forma Bravais-Jacksoniană, formă care nu se întâlnește în epilepsia bradicardică. Ea e în raport direct cu intensitatea asistolei. Confuziuni mintale în bufeuri sau transitorii, sau psihoze cardiace, ce pot dura până la sfârșitul afecțiunii, întovărășesc de multeori aceste epilepsii cardiace. Turburările psihice iau de cele mai multeori forma confusivă; alteleori întâlnim stări depresive, stări onirice sau crepusculare, sau mai rareori echivalente psihice. (Vullen, Combemale et Courteville, Urechla.¹⁾)

La bolnavii mai bătrâni se poate constata o stare demențială, favorizată de staza și congestiunea cerebrală (Pic et Bonamour, Rueff). Prognoza acestor epilepsii asistolice e gravă, pentru că miocardul slăbit nu rezistă multă vreme atacurilor convulsive; moartea poate surveni în urma acestor accese ce vor produce hemoragii sau ramolisme cerebrale. Această epilepsie nu este influențată prin bromuri sau prin barbiturici, dar se ameliorează în același timp cu asistolia. Clarke pretinde că convulsii nu apar când bolnavul stă culcat, în timp ce ridicat fiind, mișcările brusce, mersul, eforturile, ascensiunea unei scări (Parlissot), precum și orice cauză ce obosește cordul, le favorizează.

În maladia cardiacilor negri, epilepsia constituie o complicațiune ce nu e prea rară, și se explică prin frecvența și intensitatea asistolei cerebrale, cu mult mai frecventă în afecțiunile pulmonare decât al aortei. Cercetările noastre asupra creierului și manifestărilor nervoase la cardiacii negri (Paris Médical 1930) ne-au arătat o hipertensiune rachidiană manifestă. Hațeganu în studiul său asupra acestor afecțiuni atinge asemenea latura neurologică a chestiunii. Această hipertensiune, precum și edemul și staza cerebrală, ne explică foarte bine mecanismul acestor accese și frecvența lor mare decât în alte asistole.

Există în fine cazuri, unde coincidența unei cardiopatii valvulare și a unei epilepsii, ridică chestiunea unui raport de cauzalitate între aceste două afecțiuni. Se pune întrebarea dacă poate fi vorba de o epilepsie cardiacă, sau de coincidența acestor două afecțiuni, care pot fi datorite aceluiași cauze, sau la cauze diferite. Un epileptic poate să facă la un moment dat un reumatism, sau o altă afecțiune care să intereseze valvulele cardiace, și în acest caz, nu există nicio legătură între o cardiopatie și epilepsie. Un cardiopat poate face o epilepsie care să nu aibă nicio legătură cu afecțiunea sa anterioară cardiacă. Există apoi cazuri, și asupra ace-

stora vom insista, unde în urma unei scarlatine, a unei febre tifoidale, sau altei infecțiuni, individul poate face o endocardită valvulară și ceva mai târziu, și fără nicio altă cauză, o epilepsie. Putem oare în aceste cazuri să vorbim de o epilepsie cardiacă, pentru simplul motiv că cele două afecțiuni se găsesc la același bolnav? și pentru că ele sunt datorite la aceeași cauză? Eu cred că nu poate fi vorba de o epilepsie cardiacă, de o epilepsie datorită cardiopatiei, ci de ceea ce noi am propus de a se numi sindromul cardio-epileptic. În aceste cazuri nu poate fi vorba, bine înțeles, de turburări de ritm, de asistole, sau de hiposistole transitorii. O singură chestiune s'ar părea la început mai greu de explicat: aparițiunea epilepsiei la o distanță de câteva luni, sau câțiva ani dela instalația cardiopatiei valvulare. În privința aceasta se știe foarte bine în materie de epilepsie că epilepsia poate să apară la un interval destul de mare dela un traumatism, dela o infecțiune, sau encefalopatie oarecare; și faza de latență sau de incubatie, poate să treacă de mai multe luni sau de câțiva ani. Creierul își repară lent leziunile sale, și cicatricile sale pot să determine accesele de epilepsie la un interval îndepărtat de accidentul traumatic sau infecțios. Atât cardiopatia compensată, cât și epilepsia, sunt datorite aceluiași cauze, dar ele se manifestă la epoci îndepărtate una de alta. Aceeași cauză se găsește la originea acelor două afecțiuni care evoluează una lângă alta, și care se traduc cliniceste la epoci diferite. Löwenbach a constatat la mulți epileptici aspecte mai multe sau mai puțin caracteristice la examenul electroencefalografic; și aceleași turburări au mai fost constatate la unii membrii din familia acestor bolnavi, precum și la indivizii normali, fără tare epileptice în familia lor. Deși aceste constatări precum și valoarea lor, pentru diagnosticul epilepsiei trebuiesc a fi controlate și confirmate pe un mare număr de cazuri, noi credem că ar fi interesant de aplicat aceste cercetări la epilepsia cardiacă precum și la familia acestor bolnavi.

Patogenia epilepsiei cardiace e foarte discutată. Se susține că epilepsia ar ține la o disociere auriculo-ventriculară paroxistică (Donzelot) sau trecătoare (Cadiot et Cassio, Ramond, Vialard et Gay). Lian, crede că în aceste cazuri trebuie să existe în același timp o sechelă epileptogenă latentă, ipoteza admisă asemenea de B. Olmer, Berthier et J. Olmer. Alți autori, ca Hugh, Clarke, Weaver, Dumas, văd în aceste accese simple manifestațiuni sincopale sau apoplectice.

În cazurile unde nu e vorba de turburări de asistole sau hiposistole, întâlnim aceleași discuțiuni și ipoteze. Gowers susține că epilepsia nu se întâlnește în leziunile compensate, ci numai în hiposistolele transitorii, sau în asistolia terminală. Mendel, Bechterew, cred că ar fi vorba de o simplă coincidență. Rosin,

¹⁾ Archives internat. de Neurologie. 1932, p. 472.

Jolly, sunt de părere că epilepsia datorită turburărilor circulatorii anemice sau congestive, nu este încă demonstrată. Huchard este de părere că între epilepsie și cardiopatie nu e decât o simplă coincidență. Leser pe 50.000 bolnavi diferiți, găsește 529 epileptici și 814 cardiopati; printre acești ultimi bolnavi, el n'a întâlnit decât de 10 ori coincidența de cardiopatie și epilepsie, și deci crede că nu ar exista o epilepsie cardiacă.

Oddo et Mattel, insistă în antecedentele acestor bolnavi asupra rolului traumatismelor craniene, a sifilisului, arterio-sclerozei și ateromului cerebral. Stintzing, Schupfer, Hubert, au atras atenția asupra rolului heredității și a sifilisului; Rueff insistă asupra rolului leziunilor hepatice, Crocq, Naunyn, Kowalewsky, Luth. Hubert, sunt de părere că în cazurile ce apar dela o etate mai înaintată ar fi vorba de o epilepsie senilă; și în aceeași ordine de idei Anglade, Jacquelin, Lebard, au găsit la autopsie leziuni de arterio-scleroză. Interesând cordul și creierul. Alți autori în fine, acuză anemia cerebrală, căderile brusce de tensiune arterială, crizele de hipertensiune, rolul mecanic al edemului cerebral, sau existența unei leziuni cerebrale vechi și latente reinolită sau reactivată prin turburărilor circulatorii (Lian, Rueff, Pierret, Oddo). Congestionea edematoasă pasivă (Lian), ar constitui un factor ocazional declanșând manifestările epileptogene și rezultând dintr-o cauză interioară variată (traumatism, alcoolism, sifilis, reumatism, etc.); uneori chiar ar putea fi vorba de o insuficiență circulatorie incipientă, o hipostolie cerebrală, care ar activa ca o injecțiune de stricnină la un animal sensibilizat printr'un traumatism cerebral anterior (Claude et Lejonne). Abadie crede că trebuie pusă la îndoielă existența unei epilepsii cardiace ca entitate etiologică și clinică; dacă ea există, ea e foarte rară și excepțională și trebuie să eliminăm pe de altă parte cazurile de coincidență datorite unei aceleiași cauze, — și unde sechelele cerebrale sunt evidențiate prin hipo sau asistolie.

Vom reda acum pe scurt ultimul caz de sindrom cardio-epileptic, ce am avut ocazia să-l întâlnim.

Ana G.; 40 ani, menajeră; nimic anormal în antecedentele hereditare; născută la termen și normal; în copilărie n'a suferit de nicio boală contagioasă; căsătorită la 22 ani n'a avut copii și a fost sănătoasă până în 1935 când a avut reumatism articular acut cu febră însemnată ce a durat 5 săptămâni; pentru acest reumatism a fost îngrijită într-o clinică la București, și în urma acestui reumatism a rămas cu o afecțiune valvulară. Bolnava afirmă în mod categoric că afecțiunea cardiacă pe care nu o avea înainte, a apărut în timpul șederii sale în clinică, după cum reiese de altfel și din lămuririle ce ni le-a prezentat dela serviciul unde a fost tratată.

Reumatismul vindecându-se, n'a mai avut nimic până la începutul lui 1938, când au apărut primele accese de epilepsie. Accesele apar mai mult noaptea, și de multeori aproape săptămânal; în ultimele două luni a avut cinci accese. Accesele au caracterul clasic, cu spume la gură, uneori mușcătura limbii, emisuni involuntare de urină, cefalee și oboseală după accese, câteodată ușoară și scurtă obnubilare.

La examenul bolnavei se constată: bine constituită, puțin grasă, menstruația regulată și normală. Nimic pulmonar, nimic anormal la celelalte organe afară de cord. Pupilele, sistemul nervos și glandular, nu prezintă la examenul obiectiv nimic anormal. Reacția B. W. din sânge și lichid e negativă. Punctia suboccipitală e complet negativă. În sânge nu există anemie. Calculul și colesterolul sanguin în proporții normale. Urina nu conține albumină sau zahăr.

La examenul cordului se constată; un suflu sistolic la vârful ce iradiază ușor către axilă, și accentuarea celui de al doilea șgomot pulmonar. Matitatea cordului nu e mărită; pulsul este regulat; tensiunea arterială 14—8; niciun simptom de hipostolie, insuficiența mitrală fiind bine compensată.

E prin urmare vorba în cazul acesta de femeie în etate de 40 de ani, care în 1935 face un reumatism poliartricular, urmat de o insuficiență mitrală compensată. Trei ani mai târziu face accese de epilepsie. E bine stabilit că înainte de aceasta sau în copilărie, n'a avut niciun acces de epilepsie. Trebuie oare făcut vre-un raport direct între insuficiența sa mitrală perfect compensată și accesele de epilepsie? Putem vorbi de o epilepsie cardiacă? poate fi epilepsia datorită cardiopatiei? Desigur că nu. Atât insuficiența mitrală, cât și epilepsia, sunt datorite aceleiași cauze: reumatismul poliartricular. Faptul că epilepsia nu apare imediat, ci la o distanță de trei ani, nu va trebui să ne mire; e un fapt bine cunoscut că aceste epilepsii ce apar în urma bolilor infecțioase nu se instalează imediat ci la intervale de câțiva ani, de dol, trei, cinci ani după infecțiunea ce a interesat și encefalul, lăsând în urma sa o mică cicatrice post-inflamatorie, care organizându-se cu încetul ajunge la un moment dat să producă accese de epilepsie. Un mecanism identic se constată și după traumatisme, epilepsia traumatică apărând la mai multe luni sau ani dela traumatism. În acest caz la care nu găsim în antecedente niciun traumatism, nicio afecțiune infecțioasă, nicio intoxicațiune, sifilisul, tuberculoza, sau altă cauză capabilă să ne producă epilepsia, rămâne numai reumatismul, care a dat loc și insuficienței mitrale și epilepsiei. În acest caz e prin urmare vorba de un sindrom cardio-epileptic.

RESUMÉ

Le syndrome cardio-épileptique.

L'auteur fait une mise au point de la question de l'épilepsie cardiaque. Il distingue une épilepsie cardiaque, et un syndrome cardio-épileptique. Dans ce syndrome il s'agit de la coïncidence de l'épilepsie et de la cardiopathie chez un même malade, ayant toutes les deux la même cause; l'épilepsie apparaît toujours un peu plus tard après la cardiopathie. On communique un nouveau cas où après un rhumatisme articulaire s'est produit une insuffisance valvulaire et une épilepsie.

ZUSAMMENFASSUNG

Das cardio-epileptische Syndrom

Der Verfasser unterscheidet eine vom Herzen verursachte Epilepsie und ein cardio-epileptisches Syndrom. Bei diesem Syndrom handelt es sich um das gleichzeitige Bestehen einer Epilepsie und eines Herzleidens, wobei beide von derselben Ursache hervorgerufen wurden: die Epilepsie kommt immer etwas später als die Cardiopathie zum Vorschein.

Es wird ein Fall mitgeteilt bei welchem auf einem Gelenksrheumatismus ein Herzklappenfehler und schliesslich eine Epilepsie folgen.

Circulația lichidului cefalo-rachidian

— Cercetări anatomo-experimentale —

de

I. G. Russu și V. V. Papilian

Circulația lichidului cefalo-rachidian este o problemă, care necesită încă cercetări, diferitele ipoteze prezentând de multe ori puncte de vedere contradictorii.

Iată în rezumat părerile diferiților cercetători:

Schwalbe, *Key* și *Retzius* au arătat că substanțe colorante injectate în spațiile subarahnoidiene se regăsesc după un interval de timp în vasele și ganglionii limfatice profunzi ai gâtului, în spațiile subdurale ale nervilor: optici, olfactivi și auditivi și în vinele și canalele plasmatice ale durei mater, conchizând că trecerea în sânge a lichidului cefalo-rachidian se face prin: granulațiile lui Pachioni și tecile perinervoase.

Cathelin schematizează drumul lichidului cefalo-rachidian, punând noțiunea de circulație completă. El admite tecile perivascularare ca drum principal spre căile limfatice; dar și tecile neurale din jurul nervilor periferici, care ar constitui un sistem de canale în întreg organismul.

Policard crede că circulația se face prin intermediul granulațiilor lui Pachioni și tecile perinervoase.

Gley admite o cale limfatică, reprezentată prin tecile vaselor substanței nervoase (perivascularare) și o cale vânoasă, prin intermediul granulațiilor lui Pachioni.

Babeș și *Buia* au evidențiat rolul tecilor nervoase.

Charpy și *Stepleanu-Horbatzky* au demonstrat în lucrările lor valoarea tecilor arahnoidiene, arătând că „este vorba de o circulație de tip special, o scurgere continuă și lentă”, care se face pe trei căi normale: a) una principală prin limfaticele tecilor nervoase, în

cisterna lui Pecquet, canalul toracic sau marea vână limfatică și de aici în sistemul vânos; b) a 2-a cale este derivativă — secundară — ea trece direct în circulația vânoasă a encefalului; c) a 3-a cale este lară și secundară, ea pare înconstantă și este reprezentată prin tecile vasculare — deci sistemul limfatic — și apoi circulația mare.

În sfârșit *Papilian* și *Stănescu-Jippa*, după ce au analizat toate posibilitățile unor erori de tehnică, ușor de realizat și greu de interpretat, în experiențe pe animale vii, ajung la următoarele concluzii:

1. tecile nervoase nu servesc la circulația lichidului cefalo-rachidian;
2. circulația se face direct spre sânge;
3. pla-mater este organul intermediar între lichid și sânge.

Circulația lichidului este centripetală, dar întrucât pla-mater nu conține capilare, autorii sunt obligați să admită teoretic că lichidul cefalo-rachidian în drumul său spre capilarele substanței nervoase, utilizează traectul tecilor perivascularare ale lui Robin; părere aprobată de ipoteza d-nei *Zylberlast-Zand*.

Pentru *Benninghoff* lichidul cefalo-rachidian se scurge înafară prin:

- a) granulațiile lui Pachioni (cale vânoasă); și
- b) căi limfatice; una dintre principalele căi găsindu-se la nivelul primei perechi cranlene, căci limfaticele pituitarei comunică cu spațiile subarahnoidiene prin intermediul tecilor limfatice, situate de-a-lungul fibrelor olfactive (filii olfactoria).

Un fapt unanim admis este că lichidul cefalo-rachidian se produce la nivelul plexurilor cororide, care au un dublu rol: secretor și de barieră activă.

În vederea determinării căilor de scurgere ale lichidului cefalo-rachidian am înțilat o serie de experiențe pe animale vii. Am căutat să utilizăm cât mai mult materii colorante, care se întrebunțează în tehnica colorațiilor vitale, putând fi injectate intravânos în cantități apreciabile fără a dăuna organismului, astfel: liton carmin 2%, albastru de tripan și de metilen 1% și tuș de China.

Tehnica operatorie a fost următoarea: cu ajutorul unui trepan s'a ridicat o rondelă de aproximativ $\frac{1}{2}$ cm diametru din osul parietal la nivelul scizurii lui Rolando — după secțiunea planurilor mol și decolarea mușchului temporal — dar fără a se deschide meningeale. Cu ajutorul unui ac de sîrîngă — steril — se puncționa *ventricolul lateral — prelungirea frontală — operație destul de ușoară, ce poate da greș numai în cazuri extrem de rare*. Imediat ce se ajunge în cavitatea ventriculară începe să se scurgă lent prin ac lichid cefalo-rachidian. După scurgerea unei cantități de lichid, cu ajutorul unei sîrîngi, se injecta cât mai lent posibil substanța colorantă. Aceeași tehnică s'a utilizat și la injectia în spațiile subarahnoidiene. Natural, toate operațiile se petreceau sub narcoza cloroformică; după intervenție animalul era lăsat să se trezească din somn și urmărit în toate manifestările sale.

Autopsia cadavrelor a fost totdeauna completă, iar elementele ce ne interesau direct (nervi cranieni, rădăcini rachidiene, ganglionii limfatice etc.) au fost urmăriti printr-o disecție sub lupă. Operațiile supraadăugate la unele animale: fistulizarea canalului toracic, cranlectomie, secțiunea nervului optic și deschiderea spațiilor subarahnoidiene, au fost executate cu scopul de a evita o mărire momentană de presiune — în momentul injectiei — și deci posibilitatea de a se crea căi false.

Experiențele au fost făcute pe 26 de câini, dintre care s'a injectat:

- a) la 11 liton carmin intraventricular,
- b) la 3 liton carmin în spațiile subarahnoidiene,
- c) la 2 albastru de tripan intraventricular,
- d) la 1 albastru de metilen "
- e) la 1 tuș de china "
- f) la 4 ser fiziologic "
- g) la 4 clorură de fier și fericianură de potasiu intraventricular.

Rezumăm în tabloul de alături datele protocoalelor experiențelor, notând caracteristicile specifice fiecărui caz în parte numai; în general însă autopsia a arătat la toate cazurile injectate intraventricular: perețele ventricolului lateral — în care s'a făcut injectia — intens colorat; pereții ventricolului simlar de partea opusă foarte slab colorați, de asemenea intens colorați pereții ventricolului al III-lea, al IV-lea, apeductul lui Sylvius și în mare parte canalul endocisternar. Suprafața exterioară a creierului prezenta baza (fața inferioară) totdeauna puternic colorată ca și cerebelul. Intensitatea colorației scădea treptat de jos în sus spre scizura interemisferică, la fel ca și pe suprafața măduvei spinării în direcție caudală. Colorația urmărea nervii cranieni până la ieșirea lor din dura-mater, iar perechile rachidiene până la nivelul ganglionului spinal. Nervul optic a fost găsit totdeauna intens colorat până la nivelul scleroticel, *fără a se fi putut pune în evidență — chiar microscopic — pătrunderea colorantului în globul ocular. Nervul olfactiv se prezenta de asemeni intens colorat până la nivelul lamel clurite a etmoidului; iar mucoasa pituitară în trei cazuri net colorată*. Acest fapt a fost demonstrat și de experiențele lui Flatau la iepure, iar Benninghoff arată că „trebuie considerat ca o cale principală de scurgere (tip limfatic) drumul de-a-lungul fibrelor nervoase olfactive în mucoasa nasală”.

Nervul acustic era însoțit de teaca sa colorată până în fundul conductului auditiv intern, și în unele cazuri *elementele anatomice ale urechei interne prezentau o colorație intens roșie*, fără a se putea afirma că la celelalte cazuri colorația ar fi lipsit cu desăvârșire.

Gombardol

(Para-amino-benzen-sulfonamid)

INDICAȚIUNI:

ANGINE SEPTICE
ABCESE TONSILARE
POLIARTITELE REUMATICE
ȘI POSTANGINOASE
ERIZIPEL
SEPTICEMII
CISTITE, PIELITE

Tuburi cu 10 și 20 Tablete



PENTRU TERAPIA PERORALĂ EFICACE ȘI IEFTINĂ ÎN:
INFECȚIUNILE STREPTOCOCCICE,
STAFILOCOCCICE ȘI PNEUMOCOCCICE

C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H.
Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România:
Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.

Preparate noi

SYNTHOESTRIN

Fiole și tablete

Preparat oestrogen sintetic derivat al stilbenului.

Acțiune identică cu a hormonului folicular.

1 fiolă sau 1 tabletă = 1 mgr. substanță,
corespunzând efectului à 10.000 unități
internaționale hormon folicular cristalizat.

Vitamina E

PROFECUNDIN

tablete

1 tabletă conține 0,01 gr. Vitamina E

Vitamina A + D

XEROSTERIN

tablete

1 tabletă conține 3000 unități internaționale vitamina A și 1000 unități internaționale vitamina D.

FABRICA DE PRODUSE CHIMICE
GEDEON RICHTER S. A.

București V, Strada Logofătul Tăut Nr. 99

Telefon 5 69 02

Nr. cor.	Substanța injectată	Locul injectiei	Cantitatea	Durata supraviețuirii	Greutatea animalului	Date de autopsie	Fenomene observate în decursul vieții, precum și alte operații executate
1	Lit-ion-carmin 2%	Lateral drept	4 cmc.	moare imediat	12 kgr	Lichid roșu în ventricolul injectat. Ventricolul III, IV și o mică porțiune din canalul ependimar intens colorate. Ventricolul lateral stâng slab colorat	
2			1 cmc.	24 ore	8 kgr	Lichidul ventricular clar, pereții ventricolului lateral drept, ventricolul III și IV ca și canalul ependimar bine impregnați. Puțin impregnat ventricolul lateral stâng.	Salivație foarte abundentă. Toată musculatura tremură neregulată. Capul prezintă mișcări ritmice spre dreapta. Foarte nervos.
3			1,50 cmc.	12 ore	16,750 kgr	Tot axul cerebro-spinal intens colorat la suprafață. În interior ca și la Nr. 2. Rădăcinile spinale colorate până la nervul rachidian, se observă de asemenea colorații intense pe nervii glosolarin-gian, vag și spinal. Medial mastoidei se pune în evidență un ganglion limfatic al cărui pol superior e colorat, dealungul nervului auditiv se vede o teacă colorată. În urechea internă lama spirală e colorată în roșu. Mucoasa pituitară colorată în roz	
4			2 cmc.	10 min.	7,100 kgr	La nivelul bifurcării venei jugulare externe s'a găsit un ganglion limfatic mare, al cărui pol superior era colorat în roșu.	
5	Lit-ion-carmin	Ventricolul lateral	1 cmc.	3 ore	12,5 kgr	La suprafață emisferul drept este mai colorat ca cel stâng. Măduva colorată total, dar din ce în ce mai slab, ca și canalul ependimar. Mucoasa olfactivă colorată în roz pe o mare întindere. Sub gaura ruptă posterioară un ganglion limfatic cervical profund prezintă polul superior foarte intens colorat. Nervul acustic colorat	
6			1 cmc.	vindecă	21 kgr	Sacrificat la două luni după injecție, la autopsie nu se remarcă nimic.	
7			1/5 cmc.	vindecă	19 kgr	Idem	
8			1 cmc.	2 ore	15 kgr	Cavitățile ventriculare colorate ca de obicei. Măduva colorată până la nivelul vertebrei dorsale a IX-a, ca și canalul ependimar. Nervii acustici, motori oculari externi colorați intens până la eșirea lor din dura-mater	S'a secționat nervul optic drept și s'au deschis spațiile subarahnoidiene și canalul ependimar la nivelul regiunii lombare.
9			1 cmc.	3 ore	13,250 kgr	Măduva colorată numai în jumătatea cefalică, canalul ependimar total colorat.	Faze de agitație. Fistulă a canalului toracic.
10	Lit-ion-carmin	Spațiile subarahnoidiene	1 cmc.	7 ore	11,5 kgr	Idem.	Fistulă a canalului toracic.
11			1 cmc.	2 ore	9,750 kgr	Idem.	Craniectomie foarte întinsă.
12			2 cmc.	36 ore	14 kgr	Întreaga suprafață a axului cerebro-spinal intens colorată, la fel și cavitățile. Pe o secțiune mediană a capului se observă trecerea (difuzarea) colorantului prin lama ciuruită a etmoidului, astfel încât colorează în roz mucoasa foselor nazale pe o mare întindere. Nervul motor ocular extern este colorat până la eșirea lui din dura-mater, spre deosebire de motor-ocular comun. Trigemenu-l prezintă colorația până la jumătatea ganglionului lui Gasser. Acusticul colorat pe tot traectul, iar cavitățile urechei interne intens roșii. Nervii glosolarin-gian, vag și spinal sunt colorați pe tot traectul lor intradural, plus pe o distanță de 1 cm. sub gaura ruptă posterioară. Sub unghiul mandibulei se găsește un ganglion limfatic mic intens colorat. Medial mușchiului sterno-cleido-mastoidian un alt ganglion mare se întinde profund până la gaura ruptă posterioară și e intens colorat.	După injecție fenomene de excitație, membrele extinse în contractură, ceafa rigidă; la 5 ore dela operație stă ghemuit și tremură.

Nr. cor.	Substanța injectată	Locul injectiei	Cantitatea	Durata supraviețuirii	Greutatea animalului	Date de autopsie	Fenomene observate în decursul vieții, precum și alte operații executate
13	Lition-carmin	Spațiile subarahnoidiene	2 cmc.	vindecat	8 kgr	Sacrificat după 19 zile, la autopsie nu s'a remarcat nimic.	Dormitează timp de 12 ore. Craniectomie întinsă.
14	Lition-carmin		1 cmc.	2½ ore	7 kgr	Suprafața hemisferului drept intens colorată; al celui stâng slab colorată, cavitățile ventriculare intens colorate, de asemeni măduva și canalul ependimar.	Contracțiuni tonico-clonice generalizate.
15	albastru metilic 1%		1 cmc.	sacrificat la 12 ore	6 kgr	Pereții ventricolilor sunt colorați în albastrui, lichidul este însă clar.	Salivație foarte abundentă, paralizie a mușchilor extremităților.
16	albastru de tripan		1 cmc.	4 ore	17 kgr	Ventricolul lateral drept intens colorat ca și baza suprafeții exterioare a creierului; la nivelul convexității puțin colorat, ventricolul lateral stâng slab colorat. Măduva colorată în 2/3 cefalice (superioare), ca și canalul ependimar.	Nu s'a ridicat de jos. Ligatura și fistulizarea canalului toracic.
17	albastru de tripan		1 cmc.	6 ore	14 kgr	Idem	Fistulizarea canalului toracic
18	tuș 1%		1 cmc.	36 ore	8,250 kgr.	În ventricoli se găsește un lichid alb gălbui, al cărui frotiu examinat după colorația Gram, nu arată niciun microb; ci numai o masă albuminoasă presărată cu leucocite. Vasele sanghine sunt foarte pe pereții ventricolari. Tușul nu a putut fi evidențiat nici microscopic.	La „câteva ore” animalul e bine, după 24 ore stă culcat și sbiară.
19	Ser fiziologic steril	Ventricolul lateral drept	1 cmc.	vindecat	22 kgr	Sacrificat la jumătate lună, absolut normal.	Somnolent timp de 30 ore.
20			1,5 cmc.	„	7 kgr	Sacrificat la 14 zile, absolut normal.	
21			1 cmc.	„	12 kgr	Sacrificat la 3 săptămâni, absolut normal.	Patru zile după operație prezintă un edem al feței, se deschide un punct de sutură și totul revine la normal. Fistulizarea.
22			1 cmc.	„	5,5 kgr	Autopsia nu poate pune în evidență nimic altceva, decât o dilatare a canalului ependimar	Fistulizarea canalului toracic.

Analizând datele se observă în primul rând că, introduse intraventricular, substanțele, utilizate pe cale intravânăoasă în doze mari fără a produce tulburări, produc în doze relativ mici moartea animalului sau tulburări accentuate. În experiențele noastre au murit 14 câini din 18, la intervale varind între 36 ore și câteva secunde; iar din cel 4 rămași în viață unul fusese sacrificat la 12 ore după injectia cu albastru de metilen, dar se găsea în plină fază de tulburări, ceea ce nu ne poate îndrăzni să-l considerăm salvat; alte 2 animale au fost injectate cu cantități foarte reduse — 1/5 cmc la 1 animal și 1 cmc din o soluție 1/10 din soluția obișnuită de lition-carmin, ceea ce revine la 1/10 cmc de soluție obișnuită; — notăm că nu se consideră aici factorul concentrație, care joacă un important rol în toxicologie. Aceleași date par să denote că și cantitatea raportată la kilogram de animal are importanța sa.

Alt factor determinant este și locul injectiei, animalele injectate subarahnoidian au suportat mai bine — unul a revenit chiar la normal —. Probabil că per-

meabilitatea este mult mai intensă la nivelul ependimului, decât la nivelul plei-mater, care poate să aibă un rol protector, lucru de altfel demonstrat pentru inversul drumului.

Pentru a exclude complet elementul prestune, concentrație sau temperatură, la 4 animale am injectat în aceleași condițiuni ser fiziologic. Toate animalele au suportat perfect experiența. Unul dintre ele a fost sacrificat la 10 ore, fără a se remarca ceva.

Moartea animalelor a survenit de sigur prin acțiunea substanțelor colorante direct asupra celulelor nervoase, fapt evidențiat prin tulburările nervoase pe care le prezentau: tremurături, salivație, contracțiuni tonico-clonice etc. — în intervalul de supraviețuire sau în perioada de acțiune la animalele care au murit.

Din ansamblul datelor furnizate de autopsii se poate observa că substanța colorantă injectată în ventricolul lateral — prelungirea frontală — a urmat calea considerată obișnuită prin: găurile lui Monroe, ventricolul III, apeductul lui Sylvius, ventricolul IV, de unde

s'a împărțit în 2 curenți: unul mergând în canalul ependimar; iar al 2-lea, ieșind prin găurile de pe peretele dorsal al ventricolului IV, a colorat suprafața exterioară a nevraxului. În toate cazurile însă baza creierului a fost mai intens colorată decât partea convexă, fapt care s'ar putea explica prin capacitatea mare a spațiilor subarahnoidiene la nivelul lacurilor, dar care *nu poate să concorde cu ipoteza scurgerii lichidului cefalo-rachidian prin granulațiile lui Pachioni, în care nu s'a găsit colorant.*

În cazurile injectate subarahnoidian am găsit atât suprafața exterioară a axului cerebro-spinal, cât și cavitățile ventriculare și canalul ependimar colorate, denotând că în anumite condițiuni direcția curentului poate să urmeze și un traect invers: dela spațiile subarahnoidiene spre ventricolul lateral și canalul ependimar. Remarcăm cu această ocazie că dintre animalele injectate subarahnoidian unul a supraviețuit 36 ore, iar altul s'a vindecat, ceea ce pare să ne indice că: a) pla-mater, ca și plexurile corolide, are un rol de apărare, b) doza de substanță colorantă pătrunsă în cavitatea ventricolului este un factor important.

În sfârșit observații asupra animalelor care au suportat experiențe ne-au arătat că substanța colorantă este eliminată în întregime după un anumit timp.

În privința căilor de scurgere se observă că ele s'au evidențiat mai bine la animalele care au supraviețuit mai mult timp, fapt care ne face să presupunem că eliminarea prezintă un caracter special.

Datele macroscopice ne indică o mare cale: tecile perinervoase și în special cele ale nervilor: olfactiv, trigemen, acustic, glosfaringian, pneumogastric și spinal. Mucoasa nasală, labirintul auditiv ca și teaca fibroasă a celor trei nervi dela gaura ruptă posterioară își varsă limfa în ganglionii limfatice cervicali, a căror vase eferente se vor totaliza în canalul toracic sau marea vână limfatică. La 4 din 18 animale ganglionii limfatice regionali au prezentat o colorație roșie netă. Intensitatea colorației creștea cu mărirea timpului de supraviețuire (animalul 8).

Secțiuni microscopice seriate făcute din nervii cranieni colorați vital *nu ne-au putut evidenția* — cu excepția nervului optic — *teci sau spații net diferențiate*, în traectul lor dela origina aparentă și până în regiunea cervicală, *ci numai spații fie între nervi și teaca sa fibroasă, fie între fasciculele nervului*; în care s'a putut vedea colorantul de multe ori înglobat în celulele limitrofe ale acestor spații (celule reticulo-endoteliale). Aceste spații nu ne-au putut convinge de continuitatea lor (în formă de vas), totuși ele ar putea comunica unele cu altele.

Pe un număr de alte cinci animale (neînsumate în numărul inițial) am injectat, sub presiune destul de moderată dar oscilândă, cu o seringă Telchmann, după

secționarea măduvei și a învelișurilor ei — la animalul mort — la nivelul regiunii dorsale și adaptarea unei canule la orificiul format, soluția lui Gerota. Procedeu ne-a permis să injectăm o serie de vase limfatice, care pornind dela diferiți nervi intercostali inferiori dorsali sau lombari au ajuns să se verse fie în ganglionii limfatice periaortici, fie în cisterna lui Picquet. Secțiuni seriate din acești nervi — cu nervii rachidieni respectivi — ne-au arătat la microscop că la nivelul meningelor substanța colorantă ocupa periferia nervului (spațiile subarahnoidiene), dela terminarea meningelor însă și până la origina vasului limfatic, care se făcea de regulă în partea posterioară a nervului intercostal, colorantul urmând calea unor spații neregulate, situate fie între fasciculele nervului fie între nerv și teaca lui fibroasă, dar căror nu le-am putut pune în evidență vreun înveliș endotelial. Toate aceste spații comunicau între ele de-a-lungul nervului până la origina vasului limfatic, de unde nu se mai găsea colorant în nerv. Presupunem că sunt spațiile limfatice ale nervului respectiv. Interpretăm rezultatul acestor injecții în parte ca un artefact al tehnicii; datorită presiunii, care a rupt bariera normală — destul de slabă — interpusă între spațiile limfatice și cele subarahnoidiene, reprezentată prin folia de reflecție a arahnoidel pe pla-mater la nivelul nervilor rachidieni, s'au injectat spațiile întâi și apoi vasele limfatice ale nervului intercostal. La viu această barieră putem presupune că este străbătută datorită unui proces fiziologic a cărui întimitate nu o cunoaștem, dar care are ca rezultat filtrarea lichidului cefalo-rachidian și facerea legăturii cu sistemul limfatic, calea de scurgere devenind astfel reală.

Cu această ocazie reamintim experiența lui G. Guillaum, care, injectând în nervi clorură de fier în soluție apoasă și în același timp în circulația generală ferocianură de potasiu, a observat un precipitat albăstru făcându-se în partea superioară a nervului, în rădăcină mai ales în cele posterioare" (citată după F. Cathelin).

În acest mod ne putem explica controversa asupra rolului tecilor perinervoase, a căror importanță a fost diferit apreciată de autori, prin omisiunea considerării elementului vital și prin utilizarea unor metode care nu-l puteau lua în componență ca și prin interpretarea greșită a unor artefacte tehnice.

Considerentele de mai sus ne fac să ne punem întrebarea: dacă la producția lichidului cefalo-rachidian prezidează și un factor vital, de ce nu ar fi același lucru și la eliminarea lui? La care nu putem răspunde decât afirmativ.

În sfârșit examenul microscopic al secțiunilor din substanța nervoasă, lucrate fără vreo altă colorație supraadăugate celei vitale, ne-au arătat în primul rând *difuzarea materiei colorante dela suprafață spre profun-*

zime. În scoarța creierului, în afară de colorația vitală a meningelor dela suprafață, se remarcă nucleii colorați ai nevroglii și ai endoteliilor capilarelor; apoi o serie de celule mari neregulate cu un nucleu rotund și cu prelungiri, care pe lângă colorarea roșie intensă a nucleilor și roz-palidă a protoplasmelor, prezentau mari granulațiuni de liton-carmazin. Aspectul microscopic ne permite să distingem cele două fenomene: a) colorația vitală și b) floculația, funcțiune specifică elementelor reticulo-endoteliale. Același aspect se prezenta la nivelul măduvei spinării.

În ceea ce ne privește în special reținem *colorația intensă și uniformă a endoteliilor vaselor capilare*, care tranșează asupra celorlalte.

Într-o lucrare anterioară V. Papilian în colaborare cu Stănescu-Jippa arată că din interpretarea unor serii de experiențe pe câini se poate conchide că „suntem obligați a nu admite nici teoria lui Cathelin, nici teoria lui Charpy-Stephanu Horbatsky. Circulațiunea lichidului nu este centrifugală, ci centripetală, lichidul din spațiile subarahnoidiene trece în sânge”. Datorită faptului că pia-mater nu conține capilare autori sunt „obligați să admită că lichidul cefalo-rachidian utilizează permeabilitatea pia-mater și trece în substanța nervoasă de-a-lungul tecilor perivascularare ale lui Robin, iar de acolo în capilarele substanței nervoase.

Aspectul microscopic descris mai sus pare să confirme această ipoteză, acceptată și de d-na Zylberlast-Zand, care susține că „din spațiile subarahnoidiene lichidul cefalo-rachidian ajunge în profunzimea țesutului nervos de-a-lungul arterelor, merge în spațiile perarteriale ale lui Virchow-Robin, străbate membrana care după Mott închide aceste spații în formă de fund de sac”, apoi pătrunde în țesutul nervos și — după demonstrațiile noastre — este absorbit de celulele endoteliale ale capilarelor pentru a fi vărsat în sânge.

În sfârșit în ultimul grup de experiențe am injectat în ventricolul lateral drept 2 cmc dintr-o soluție 2% de clorură ferică, după 5—10 minute — timp cât animalul trăiește — s'a introdus prin acul lăsat la locul punctiei o soluție concentrată de fericiianură de potasiu.

După fixare „in toto” a piesei s'a procedat la disecție. Iată rezultatul comun al celor 4 piese disecate:

Cavitățile ventriculare întens colorate în albastru, de asemenea spațiile subarahnoidiene dela nivelul bazel creierului, a măduvei cervicale ca și canalul endimar.

Căutând a ridica creierul de pe planul osos, după secțiunea nervilor optici, am remarcat colorația intens albastră a spațiului perivascular al carotidelor interne. Urmărind traectul arterei în sinusul cavernos, am găsit colorant (albastru) în cavitățile areolate ale sinusului,

de-a-lungul carotidelor mai întâi, răspândit în întreg sinusul mai apoi până aproape de extremitatea posterioară a sa. (Fig. 1).

Același lucru l-am observat la un animal din altă serie de experiențe, la care se injectase intraventricular lipiodol. Pe lame de sânge întinse din sinusul 3 cavernos s'au putut evidenția ușor între 2 globulele roșii picături de substanță uleioasă; dar clar și macroscopic areolele sinusului lăsa să se vadă uleiul pătruns de-a-lungul carotidelor.

Încă de mult, căutând a întrevedea rolul diferitelor dispoziții anatomice, ne-am pus întrebarea: de ce carotida internă țesută dintr'un canal osos, nu merge mai departe ci cotește înainte pentru a străbate o cavitate vânoasă? De asemenea complexitatea raporturilor, a așezării elementelor anatomice în sinusul cavernos, ca și conformația sa interioară ne-au atras atenția. Acum ne pare lămurită *originea acestui sinus, care nu este altceva decât teaca periarterială a carotidei interne*, transformată și pusă în legătură directă cu sistemul sinusurilor durei mater, în vederea scurgerii lichidului cefalo-rachidian. Dispozițiunea trabeculată credem că se datorește funcțiunii de a impledeca sângele să la calea spațiilor subarahnoidiene pe de o parte și să filtreze lichidul cefalo-rachidian pe de altă parte, servind ca barieră; ce se întâlnește la nivelul oricărui căi de scurgere a lichidului cefalo-rachidian (teci perinervoase, spații pericelulare, etc.).

În rezumat este vorba de o nouă cale de scurgere a lichidului cefalo-rachidian — teaca arterei carotide interne.

Cu aceeași ocazie am remarcat că hipofiza nu apare colorată, nici acoperită de meninge moi (Fig. 2). Macroscopic ne-am putut da seama că la acest nivel de

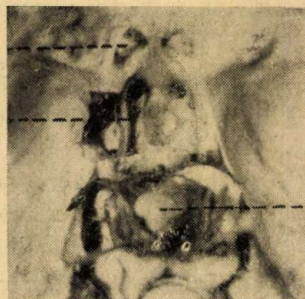


Fig. 1.

Baza craniului de câine la nivelul șelei turcești. Hipofiza (1) a fost ridicată și răsfrântă înapoi. În stânga figurii s'a deschis sinusul cavernos, în care se vede artera carotidă internă (2), de-a-lungul căreia se remarcă teaca colorată. 3 nervul optic stâng.

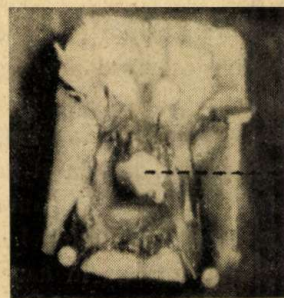


Fig. 2.

Fața inferioară a creierului la nivelul hipofizei. Spațiile subarahnoidiene injectate cu colorant (albastru). Hipofiza (H) este înconjurată numai pe părțile laterale.

jur-împrejurul tulpinei hipofizare, (Fig. 3), *arachnoida se reflectă spre pia-mater cu care se continuă direct*, închizând astfel spațiile subarahnoidiene și lăsând hipofiza înafara lor. Secțiunile histologice prin aceste plese arată clar această dispozițiune. Arachno'ida vine pe

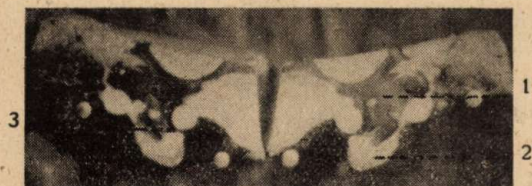
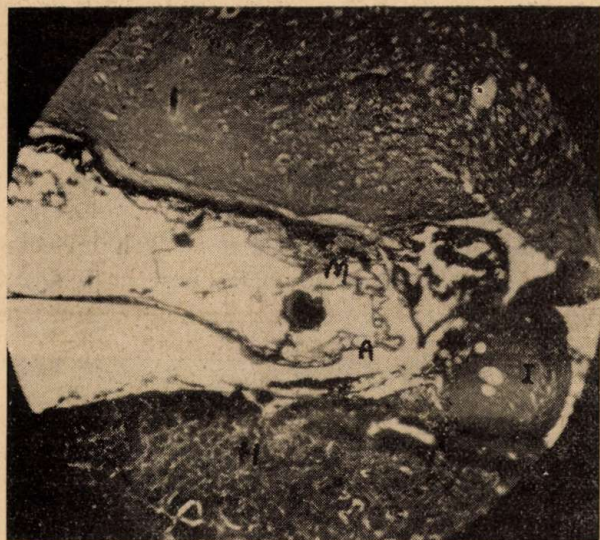


Fig. 3.

Secțiune medio-sagitală, 1 ventricolul al III-lea cu pereții colorați în urma injectiei prin ventricolul lateral. 2 hipofiza. 3 recessus posterior.

părțile laterale ale corpului hipofizar, unde se reflectă în sus, tapetează trelmea superioară a suprafeței hipofizare, apoi tulpina pentru a se continua cu pia-mater.

Între hipofiză și meningele moi nu există niciun fel de aderență (Fig. 4). Hipofiza „se poate” extrage foarte ușor — după secțiunea tulpinei — și în acest



Microfoto, oc. IV, obj. 10, 0,3, Zeiss.

Fig. 4.

I peretele lateral al tulpinei hipofizare, H lobul anterior al hipofizei, A arachnoida, M pia-mater.

moment se vede linia de reflecție sub forma unui guler circular în jurul tulpinei secționate.

Reținem că imediat în vecinătate — de o parte și de alta — carotida internă (vezi fig. 5) pătrunde prin aceste spații și dela acest nivel pornește teaca sa, ce se continuă cu sinusul cavernos.

* * *

Secțiunile topografice (Fig. 3) ca și cele histologice ne-au arătat însă și o altă dispozițiune. La animalele

injectate cu clorură ferică și ferriclanură de potasiu se observă că *infundibulum (cavitatea) se prelungește până la hipofiză*, astfel încât tulpina este reprezentată



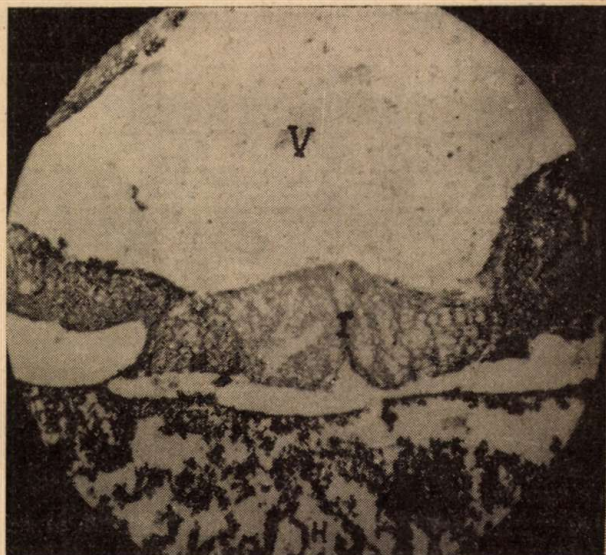
Microfoto, oc. IV, obj. 10, 0,3, Zeiss.

Fig. 5.

H hipofiza, A arachnoida, C carotida internă înconjurată de teaca ei (colorată prin injectia în ventricolul III).

printr'un tub, al cărui pereți sunt tapetați la exterior de pia-mater.

Pereții tubului tulpinar au o structură f. laxă (Fig. 6). delimitând în grosimea lor spații ce îi dau aspectul unui țesut spongios. Pe unele din secțiunile noastre se vede clar acest perete îmbibat de substanță colorantă (Fig. 6 și 7).



Microfoto, oc. IV, obj. 10, 0,3, Zeiss.

Fig. 6.

V infundibulum (ventricolul III).

I peretele tulpinei hipofizare (la câine sub formă de tub). La acest nivel se putea observa colorant, pătrunzând dela interior spre exterior prin perete.

În acelaș dispoziție mare al regiunii trebuie să mai notăm în partea posterioară a cavității ventriculare, între tuberculii mamilar, o prelungire a cavității ventriculare. Această prelungire se termină în fund de

trecerea lichidului prin orificiile cunoscute, lichidul cefalo-rachidian ar mai putea trece prin filtrare la nivelul crăpăturii lui Bichat, când aceasta este închisă, prin lama formată de pia-mater, dacă la un moment dat



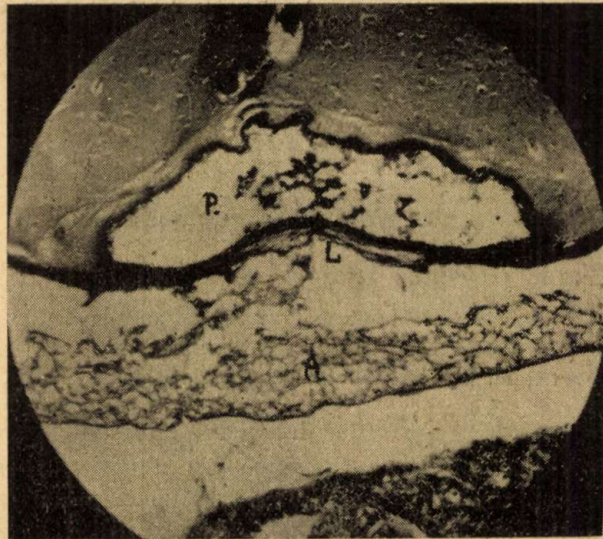
Microfoto, oc. IV, obj. 10. 0,3. Zeiss.

Fig. 7.

V infundibulum; I peretele tulpinei hipofizare. — Se observă mase de colorant pătrunse în perete.

sac (fig. 8); iar pe secțiuni seriate transversale la o formă triunghiulară cu baza în jos. Peretele inferior foarte subțire o separă de spațiile subarahnoidiene prin intermediul piei-mater. (Fig. 9, 10 și 11).

La animalele injectate cu albastru, această lamă, ca și pereții tulpinei hipofizare, s-au apărut complet colorați. Unii autori împărtășesc părerea că în afară de



Microfoto, oc. IV, obj. 10. 0,3. Zeiss.

Fig. 9.

Secțiune transversală prin recesul posterior (față de corp secțiunea este în plan frontal). — A arahnoida; P recessul posterior; L lama de substanță nervoasă ce separă recesul de spațiile subarahnoidiene și care era complet imbibată de colorant.

prelunea nu ar fi aceeași de ambele părți (citată după J. Lochelongue).

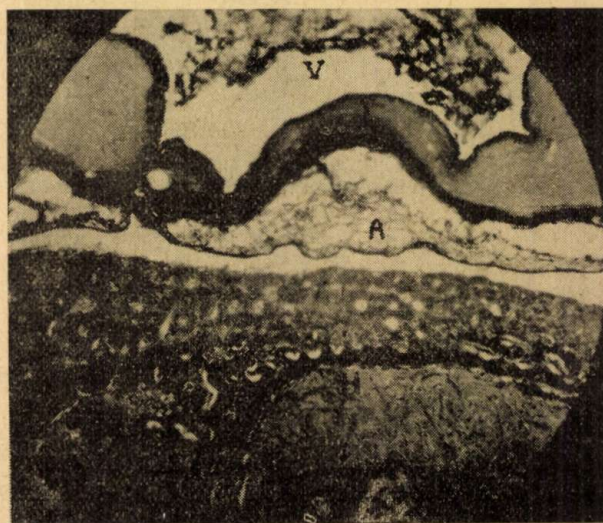
Pe de altă parte s'a constatat că lichidul cefalo-rachidian posedă o putere acytonică, care ar fi datorită secretului hipofizar vărsat în el; Cushlog a demonstrat



Microfoto, oc. IV, obj. 10. 0,3. Zeiss.

Fig. 8.

Secțiune sagitală mediană. Se remarcă recesul posterior al ventricolului III (P).



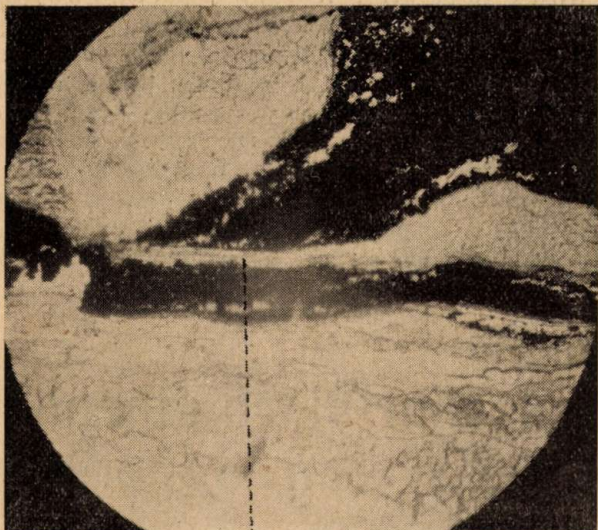
Microfoto, oc. IV, obj. 10. 0,3. Zeiss.

Fig. 10.

H hipofiză; A arahnoidă; L lama separând recesul posterior de spațiile subarahnoidiene; V cavitatea recesului.

vărsarea de coloid în ventricolul al 3-lea, iar Popa-Fielding au emis părerea unei neurocrinii prin tecile perivascularare, cu direcție centripetă.

Punând în legătură datele de mai sus cu dispozițiunea văzută de noi și cu faptul că la nivelul prelungirii infundibulare a ventricolului III epiteliul ependimar lipsește (Haller, Roussy), credem că lichidul



L Microfoto, oc. IV, obj. 10. 0,3. Zeiss.

Fig. 11.

Secțiune medio-sagitală printr-o piesă injectată cu miniu (porțiunea neagră reprezintă cavitățile pline cu substanță, injectată) și examinată în stare nativă (fără nicio colorație). — L lama subțire de substanță nervoasă, ce separă cavitatea recesului posterior de spațiile subarahnoidiene (partea închisă de desubt).

cefalo-rachidian trece prin peretele tulpinei și prin rețele inferioare al prelungirii posterioare, contribuind la vehicularea secretului glandular al hipofizei.

Rezultatele multiplelor manopere executate în vederea stabilirii unor date certe asupra circulației lichidului cefalo-rachidian ne pun de la început în fața unei întrebări: oare diferitele intervenții și substanțe străine compoziției normale a lichidului cefalo-rachidian nu modifică cu nimic fiziologia normală, știut fiind că în inflamațiile meningelor gradul de permeabilitate crește, bariera hemo-meningeală lăsând să treacă substanțe ce în mod normal nu pătrund? E foarte posibil. În orice caz însă ne pot lămurii până la un punct fiziologia patologică.

Calea urmată de substanțele colorante vitale, dispoziția din sinusul cavernos ca și modul de comportare a substanțelor injectate ne face să revenim la una dintre cele mai vechi opinii: *opinia lui Magendie*: lichidul cefalo-rachidian este o apă stătătoare (eau dormante), dar care, fără să posedă canale de scurgere

propriu zise, se primește lent și elimină la nevoie substanțe aflate în plus față de compoziția sa normală.

Lichidul cefalo-rachidian este o entitate anatomică cu plexurile corolide organ de producție (unanim admise de autori) și cu o suprafață de absorbție foarte întinsă, reprezentată prin: tecile perinervoase (inclusiv olfactivul), tecile perivascularare (carotidiană fiind cea mai mare) și tecile lui Virchow-Robin.

Bariera hemo-meningeală trebuie căutată la nivelul peretelui capilarelor, afirmă Benninghoff; iar pentru inversul drumului această barieră există și este reprezentată prin endoteliul arahnoidian, membrana lui Mott și endoteliul capilarelor, spațiile subarahnoidiene fiind spații complet închise din punct de vedere morfologic, dar cu posibilitatea funcțională de a-și reînnoi conținutul printr-un proces ce aparține mai mult domeniului funcțional. Faptul că după moarte lichidul cefalo-rachidian dispare, lasă să se întrevadă că existența lui este strâns legată de circulația sanghină.

INSTITUTUL DE ANATOMIE ȘI EMBRIOLOGIE CLUJ-SIBIU.

Director: Prof. Dr. V. Papilian.

RESUMÉ

Sur la circulation du liquide céphalo-rachidien

(Recherches anatomo-experimentales)

Des injections intraventriculaires aux substances colorantes vitales faites aux animaux vivs (chiens) sacrifiés à des intervalles de temps variables, ainsi que des injections post mortem, accompagnées par des animaux de contrôle prouvent que:

- a) la surface des cavités intracerebrales (épendimaire) est une région très sensible aux actions chimiques;
- b) il ne peut pas être question d'une circulation proprement dite (continue) du liquide céphalo-rachidien — puisqu'il n'existe pas un système canaliculaire, — mais d'un lent écoulement;
- c) l'écoulement du liquide céphalo-rachidien vers l'extérieur suit une voie centripétale par les gaines Virchow-Robin et le paroi des capillaires, de même que par les gaines périnerveuses et périvascularaires;
- d) le sinus caveux semble représenter la gaine périarterielle de la carotide interne, par conséquent une voie importante d'écoulement.

Des sections histologiques sériees ont prouvé les trois faits suivants:

1. le III-ème ventricule présente chez le chien un prolongement — un recessus postérieur.
2. le passage du liquide céphalo-rachidien de la cavité ventriculaire dans les espaces sous-arahnoidiennes peut avoir lieu aussi par l'intermédiaire des certaines portions minces des parois ventriculaires, comme: la tige de la hypophyse, le recessus décrit ci-dessus etc.;
3. l'hypophyse est située à l'extérieur des espaces sous-arahnoidiennes et l'arahnioide se reflète tout autour d'elle vers la pie-mère, en se continuant directement avec elle.

ZUSAMMENFASSUNG

Über die Zirkulation des Liquor cerebro-spinalis

(Anatomische-experimentelle Untersuchungen)

Intraventriculäre Injektionen mit färbenden intravitälen Substanzen bei lebenden Tieren (Hunden) welche bei veränderlichen Zwischenzeiten getötet wurden, so wie auch Injektionen post mortem, alle von Kontroll-Tieren begleitet, beweisen dass:

a) die Oberfläche der intracerebralen Höhlungen (ependimäre), eine sehr empfindliche Gegend für chemische Wirkungen ist;

b) es kann von einer eigentlichen (beständigen) Zirkulation des Liquor cerebro-spinalis nicht gesprochen werden — da kein kanalikuläres System existiert — sondern von einem langsamen Fließen;

c) der Abfluss nach Aussen des Liquor cerebro-spinalis folgt sowohl einem centripetalen Weg durch die Virchow-Robinson'schen Hüllen und die Wand der Haargefäße, als auch durch die perinervösen und perivascularären Hüllen;

d) der kavernöse Sinus scheint die periarterielle Hülle; der Arteria Carotis interna darzustellen, also einen wichtigen Abflussweg

Reihen von histologischen Schnitten liessen die folgenden drei Tatsachen feststellen:

1. die dritte Hirn Kammer (Ventrikel) zeigt beim eine Verlängerung — einen hinteren Recessus;

2. der Übergang der Liquor cerebro-spinalis aus der Ventrikel-Höhle in die subarachnoidalen Räume, kann auch durch das Zwischenspiel gewisser dünner Abschnitte der ventrikulären Wände stattfinden. wie: den Stamm der Hypophyse, den oben beschriebenen Recessus u. s. w.;

3 die Hypophyse ist ausserhalb der subarachnoidalen Räume gelegen, ringsum sie schlägt die Arachnoidea zur Pia Mater um, in der sie sich direkt fortsetzt.

Considerațiuni asupra cranioplastiilor și tratamentului epilepsiei post-traumatice, în legătură cu un caz personal

de

Dr. Eugen Adam și Dr. Victor Gavrilă

Problema epilepsiei post-traumatice, precum și aceea a defectelor cutiei craniene, sunt chestiuni care din cauza războiului prezent au dobândit din nou o importanță primordială, fiind de o actualitate incontestabilă. Într-adevăr dacă privim literatura în legătură cu aceste probleme, vedem că cele mai multe lucrări au fost scrise în timpul războiului trecut și mai ales în perioada post-belică. Statisticile cele mai mari asupra epilepsiei post-traumatice după cum și diferitele metode operatorii plastice preconizate provin, în marea lor majoritate, din centrele de îngrijire a răniților de război.

Deși bolnavul nostru nu este un rănit de război, totuși afecțiunea lui se încadrează perfect cu ceea ce s'a descris la răniții la cap din războiul trecut și cu ceea ce vom întâlni, din nenorocire, la mulți din răniții noștri din actuala campanie. De aceea am crezut de bine să facem câteva considerațiuni în legătură cu observația acestui bolnav operat de noi în Clinica chirurgicală din Cluj-Sibiu.

R. A., de 36 ani, căsătorit, de profesiune plugar, din comuna Neșereac, jud. Alba, intră în clinica noastră în ziua de 16 Oct. 1942 cu accese epileptice de tip Jacksonian în urma lipsei parietalului stâng prin traumatism.

Din antecedentele heredo-colaterale și personale nu desprindem date care să aibă legătură cu suferința pentru care vine în clinica noastră.

Boala actuală datează din luna Octomvrie 1934. Bolnavul a fost victima unei agresiuni, fiind lovit cu un par în regiunea parietală stângă. În stare de nesimțire a fost transportat la un

spital care i-a dat primele îngrijiri. I s'a făcut o decomprimare și escleotomie, îndepărtând o porțiune din parietalul stâng în diametru aproximativ de 6—7 cm. După 2 săptămâni dela accident, bolnavul și-a revenit, dându-și seamă unde se află. Se semnalează o hemiplegie dreaptă. A stat în tratament timp de 12 săptămâni, după care a simțit o ameliorare a stării lui care-i permitea să-și vadă de ocupație. La ieșire din spital prezenta o hemianestezie dreaptă. Forța dinamometrică a mâinii drepte era mult scăzută, mersul îngreuiat, având nesiguranță când pășea cu piciorul drept. Vorbirea era gângavă, sacadată. A mai prezentat cefalee, care survenea la schimbările atmosferice. Înainte cu 3 luni bolnavul a prezentat accese epileptice care se repetau la intervale de două săptămâni. Cefaleele erau mai intense în timpul din urmă, fiind acompaniate de o stare de amețală continuă. Starea generală se înrăutățea, bolnavul devenea apatic, nu avea poftă de mâncare, și forța fizică slăbea din zi în zi. Consultă un medic care îi prescrie o medicație tonică, după care nu simte nicio ameliorare. Cu fenomenele de mai sus intră în serviciul Clinicii chirurgicale în ziua de 16 Oct. 1942.

Examenul medical ne arată următoarele:

Impotența funcțională a membrului superior drept și a membrului inferior drept. Forța dinamometrică a mâinii drepte mult scăzută, mersul nesigur mai ales când pășea cu piciorul drept. Turburări de vorbire.

Examenul local: La inspecție se constată în regiunea parietală stângă o cicatrice în formă de potcoavă cu deschizătura în spre urechea stângă. Această cicatrice delimitează o infundare de aproximativ 5—6 cm în diametru. Prin palparea se constată o lipsă de substanță osoasă pe toată întinderea țesutului infundat.

Din datele furnizate dela bolnav și din examenul medical se stabilește diagnosticul de lipsa unei porțiuni din parietalul stâng în urma unui traumatism cu sechele tardive. Se decide intervenția, care se execută în anestezie locală cu novocaină, în ziua de 5 Noemvrie 1942.

ANEMOCIT

Injectii à 2 cmc.

Extract de ficat injectabil, bine desalbuminat și dehidratat

Cuțit cu 5 fiole à 2 cmc.

Anemii pernicioase, gravidice, convalescență.

ANEMOCIT FORTE

în fiole à 5 cmc.

Extract de ficat injectabil, bine desalbuminat și dehidratat

Cuțit cu 5 fiole à 2 cmc.

Anemii pernicioase, gravidice, convalescență.

ANEMOCIT DRAGELE

Flacon à 30 bucăți

Formula :

Principiu antianemic din ficat	0,03	gr.
Protoxalat de fier	0,05	"
Complex vitaminic B din drojdie	0,10	"
Extract de mucusă stomachică	0,10	"
Excipient aromatizant	0,25	"
pe bucată.		

Anemii pernicioase, gravidice, convalescență.

CEREBROTONIN

Tonic reconstituant pe bază de glicerofosfați, extract de ficat și vitamina B.

Forma A cu arsen

Formula :

Glicerofosfați/Ca, Fe, Na și strichnină	3%
Vitamina B ₁ extract concentrat	2%
Extract de ficat concentrat	1%
Gluconat de calciu	1%
Clorură de magneziu	0,5%
Format de sodiu	0,2%
Extract de cola	1%
Metilarseniat de sodiu	0,05%
Clorură de mangan	0,02%
Excipient aromatizant q. s. ad.	100 cmc.

Format B fără arsen

Formula :

Glicerofosfați/Ca, Fe, Na și strichnină	3%
Vitamina B extract concentrat	2%
Extract de ficat concentrat	1%
Gluconat de calciu	1%
Clorură de magneziu	0,5%
Format de sodiu	0,2%
Extract de cola	1%
Clorură de mangan	0,02%
Excipient aromatizant q. s. ad.	100 cmc.

Stări de slăbiciune nervoasă, anemie, depresiune, neurastenii, surmenaj, convalescență.

Mostre și literatură :

„NEOFARM“ Laborator Chimico-Farmaceutic

București V, Calea Vitanului 11 — Telefon 5.73.46.

Preventiv In Asthm

o singură comprimată de

Iminol

previne accesul iminent

dacă este luată la timp.

Intrebuițarea comodă

fără acțiune secundară.

Nu produce obișnuință.

Tuburi cu 10 și 20 comprimate

C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H.
Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România:

Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.

Operația: Se face o incizie semicirculară cu baza la vârful urechii stângi, depășind cu aproximativ 2 cm. marginea defectului osos. Se ridică lamboul musculo-cutanat, decolându-l de pe os și de pe țesutul cicatricial care umple defectul. Se disecă foarte anevoios cu ajutorul bisturiului, deoarece țesutul cicatricial formează un bloc amorf în care nu se recunoaște nici un element din învelișurile encefalului. Se procedează apoi și la extirparea substanței cicatriciale până la țesutul cerebral sănătos, creîndu-se astfel în masa cerebrală un defect de mărimea unei mandarine. Fundul acestui defect este reprezentat printr-o foiță subțire de substanță cerebrală albă care formează peretele extern al ventricolului lateral stâng. După ce plaga a fost bine curățată, se trece la rezecția unei porțiuni din coasta X-a stângă, pe linia axilară posterioară, depășind cu puțin diametrul cel mai mare al defectului osos cranian. Rezecția se face astfel ca periostul exterior să fie menținut pe coastă. Se despică cu ajutorul bisturiului coasta în toată lățimea ei, în sens frontal. Cu ajutorul daltei se creiază 4 icuri în marginea defectului cranian, se ajustează capetele costale după forma icului creat, apoi se fixează aceste capete în icuri cu ajutorul ciocanului în așa fel ca ele să fie bine fixate și să se găsească la același nivel cu marginea osoasă a defectului. Pe acest grilaj osos se aplică lamboul musculo-cutanat care se suturează. Se lasă o meșă de siguranță, care se suprimă după 48 de ore.

Mersul postoperator este foarte bun. Plăgile se vindecă în timp scurt, bolnavul prezintă semne evidente de vindecare chiar în timpul celor 3 săptămâni cât a stat bolnavul după intervenție. Nu a mai prezentat niciun acces epileptic, vorbirea este culentă, forța dinamometrică a mâinii drepte a crescut simțitor, iar mersul se face cu multă ușurință.

Trecând peste partea clinică a acestui afecțiune, ne vom opri numai la câteva probleme de ordin terapeutic chirurgical. Din studiul observației bolnavului nostru se vede că terapia chirurgicală a acestui caz se împarte în două capitole mari: A) acoperirea defectului osos a calotei craniene și B) tratamentul chirurgical al epilepsiei post-traumatice tardive.

A) Problema acoperirii defectelor osoase a craniului nu cuprinde numai discuții în ce privește tehnica operatorie, ci începe chiar prin controverse relativ la indicația și oportunitatea acestui act operator.

Importanța acoperirii defectului osos ca operație de sine stătătoare pentru vindecarea unei epilepsii traumatice, este combătută de numeroși autori. Fedor Krause invocă următoarele argumente: a) nimeni nu a observat o epilepsie traumatică bazată exclusiv pe existența unui defect osos a calotei craniene; b) mărimea lipsei de substanță nu joacă niciun rol în ce privește frecvența și gravitatea acceselor epileptice; c) există un număr important de cazuri la care primele accese au apărut numai după ce s'a făcut o plastie craniană. Villaret dă o statistică în care arată că după plastie osoasă în 26%, iar după plastie cu metal în 35% a cazurilor epilepsia s'a agravat. În consecință pentru acești autori și mulți alții, cranioplastia nu-și găsește indicația decât dacă este combinată și cu o encefaloliză, adică o excizie a cicatricilor epileptogene. În aceeași ordine de idei, ei recomandă cranioplastia numai în cazul când defectul

este asociat și cu crize epileptice, fiind cu totul contra așa ziselor cranioplastii profilactice.

Pentru alți autori, din contra, indicația cranioplastiei are, pe lângă alte motive, și o bază psihică-morală. Jorns spune că un defect mai mare reprezintă o tară psihică și prin faptul că un creier pulsativ, acoperit numai de piele și cicatricea de țesuturi moi, este fără îndoielă expus continuu unui traumatism compresiv. Purtarea unei calote de piele pentru a apăra defectul osos de traumatisme externe, devine, după Jorns, în curând anevoioasă din cauză că tichia se murdărește, se îmbibă de transpirație și produce jenă. Bolnavul nostru de asemenea s'a prezentat nu atât pentru accesele lui epileptice, cât mai ales pentru senzația neplăcută ce o dădea prezența acelei zone moi la nivelul capului. De aceea și noi credem indicată cranioplastia în toate cazurile de defecte mai apreciable. Această indicație o preconizăm nu numai din motive psihice-morale și pentru a preveni un eventual traumatism la acel nivel, dar și pentru că intervenția are și un caracter explorator, permițându-ne să punem în evidență și să tratăm în consecință eventualele cauze care produc sau ar fi susceptibile să producă crizele de epilepsie.

Metodele de cranioplastie cunoscute în prezent sunt foarte numeroase. Dintre metodele autoplastice, cele mai întrebunțate sunt acele cu grefon dela distanță. Aceste grefoane osoase pot fi luate din oasele cranlene, omoplat, stern, oasele ilice, etc. cele mai bune rezultate obținându-se cu grefoane recoltate din tibia sau din coaste. Plastia cu lambou osteo-tegumentar pedicula este o metodă auto-plastică de asemenea preferată de mulți autori, ea însăși are indicația mai ales pentru regiunile cu tablă osoasă subțire (defectele la nivelul osului temporal) și în cazuri unde țesuturile moi și tegumentele ce acopăr defectul prezintă cicatrice așa de întinse, încât vitalitatea lor este dubioasă în cazul când s'ar încerca resuturarea lor peste grefonul transplantat.

Metodele de plastie cu os străin conservat precum și alloplastia cu materiale amorphe (plăci de argint, celuloză, ivory, etc.) au fost aproape complet abandonate. Întrădevăr bucățile de os conservat s'au dovedit a se rezorbi complet, pe când plăcile de metal și de materiale similare sunt foarte puțin tolerate de organism, producându-se cele mai deseori o supurație și o eliminare a acestora.

După cum se vede, actualmente, metoda cea mai uzitată și cu cele mai bune rezultate este autoplastia cu grefon osos dela distanță și anume de preferință din tibia sau coastă. Noi am întrebunțat în cazul nostru un grefon luat din coastă. Metodele cranioplastice cu întrebunțarea de grefon costal par să dateze din timpul războiului trecut și mai ales din perioada postbelică. Printre primii care s'au folosit de grefon costal sunt: Kappls (1915), Duff (1923), apoi Kahle, Seydel și alții.

În 1925, Oscar Orth propune ca defectele osoase ale craniului să nu se acopere complet ci e suficient să se așeze un grefon ca o punte sau „barnă sprijinătoare” cum spune autorul. Făgărășanu publică în 1937 un procedeu personal de cranioplastie cu grefoane costale dedublate, numindu-l procedeul „grilajului protector”.

Procedeul lui Făgărășanu l-am întrebunțat și noi în cazul nostru, cu oarecare modificări însă. În primul rând, în loc de a întrebunța lambourile periostice de pe marginea osului pentru fixarea capetelor grefoanelor, am preferat să le imobilizăm înșepănându-le în niște tucuri create cu ajutorul dărilor în marginea defectului osos. În felul acesta am obținut nu numai o fixitate absolută a grefoanelor, dar am creat și o continuitate perfectă între toate straturile tablei osoase și a grefonului, ceea ce, credem, are o mare importanță pentru consolidarea ulterioară a acestuia din urmă.

A doua modificare este aceea de a fi rezecat grefonul costal în așa fel încât să păstreze periostul pe fața lui externă. Importanța periostului la grefoanele de transplant este o problemă foarte desbătută. Pe de o parte Macewen, Leriche și Polcard, Murray, Davis, Orell și alții consideră grefonul ca un simplu suport inert în care periostul nu joacă niciun rol. Pe de altă parte teoria osteogenică a periostului exprimată de Ollier, confirmată experimental printre alții și de Axhausen, Lexer, Phemister, etc., este susținută și în timpul din urmă de o serie întreagă de autori (Rolio, Hamm, Haldeman, Bisgard, etc.). Despre soarta grefoanelor deperiostată avem un exemplu în observația lui Caramzulescu și Popescu. Acești autori au aplicat într'un caz asemănător cu al nostru, un grefon costal deperiostat, dedublându-l și așezând cele două fragmente în cruce. După 7 luni au observat o rezorbție completă a fragmentelor costale. Din acest punct de vedere, cazul nostru poate fi considerat ca o experiență clinică. Întradevăr, grefonul costal rezecat de noi avea periostul păstrat numai pe fața sa externă, iar prin dedublarea acestuia în sens frontal, am obținut două grefoane dintre care unul periostic, iar unul deperiostat (fața internă a coastel). Am fixat ambele grefoane în condițiuni identice și la un control radiologic, după trei săptămâni, am observat că în timp ce grefonul superior deperiostat apare pe placaradiografică palid și decalcificat, din contra, grefonul inferior care și-a păstrat periostul, se desemnează perfect pe toată întinderea sa. Un rezultat obiectiv al acestei experiențe nu se poate obține decât după un timp mai îndelungat și sperăm că ne va fi posibil să-l comunicăm într-o lucrare ulterioară.

B) A doua problemă înțată de cazul nostru este aceea, mult mai importantă, a tratamentului chirurgical a epilepsiei traumatice. Literatura extrem de vastă ce s'a scris asupra acestui capitol dovedesc că nici până azi problema nu este rezolvată în multe din punctele

ei esențiale. Părerile și teoriile divergente sunt tot atât de convingătoare și unele și altele, iar cazulistica operatorie nu este nici ea mai decisivă în favoarea uneia sau alteia din aceste teorii. Controversa pornește dela faptul că nici până azi nu este cunoscut mecanismul intim a cauzelor care declanșează criza epileptică.

Toți autorii sunt de acord asupra importanței meningelor și encefalolizei în tratamentul epilepsiei traumatice. Aceasta constă în eliberarea minuloasă a aderențelor dintre os și meningele dur și moale. Desfacerea aderențelor trebuie făcută până în țesut sănătos permițând astfel o colabare bună a părții cicatriciale din encefal.

Divergența de păreri începe de abia la întrebarea dacă trebuie excizată masa cicatricială din encefal sau dacă e suficientă numai menționata encefaloliză. Cel care se limitează la simpla eliberare a aderențelor de de pe marginile osoase, își bazează atitudinea pe următoarele considerente: a) crizele epileptice sunt rezultatul unei serii de factori întrînseci ca: predispoziție, reacții chimice și alte turburări interne, iar traumatismul nu este decât un accident provocator (Relch, Gebhardt, etc.); b) aderențele după un timp mai scurt sau mai îndelungat se refac din nou la nivelul defectului de substanță cerebrală; c) extirparea radicală a cicatricelor cere și o sacrificare de substanță cerebrală sănătoasă, ceea ce ar putea duce la o serie de paralizii neplăcute, în sfârșit d) pericolul deschiderii unor focare de infecție latentă existente.

Cu toate acestea, majoritatea autorilor în frunte cu Küttner, Guleke, Bler, Foerster și alții presupun cicatricea cerebrală drept cauza crizelor epileptice și deci recomandă extirparea radicală a acestora. Pentru Küttner scopul intervenției este „o ameliorare a raporturilor create de cicatrice” și aceasta se obține prin: a) îndepărtarea eschilelor osoase și a corpiilor străini, ridicarea părților osoase infundate, extirparea exostozele; eliberarea aderențelor dintre os și dura-mater și eventuala acoperire a defectului osos; b) cicatricile durei-mater și a meningelor moale vor fi excizate, chostele arachnoidale și stările edematoase vor fi îndepărtate prin incizii și sacrificări, flebectaziile vor fi extirpate, la fel și cicatricile care se întind între învelișurile și suprafața cerebrală; c) la sfârșit vor fi îndepărtate din însuși masa cerebrală cicatricile, corpiii străini, eschile, chiste, părțile sclerозate și ramolite, încât substanța cerebrală să fie eliberată din cătușele ei.

În cazul nostru am adoptat de asemenea această conduită a extirpării în totalitate a țesutului cicatricial. Trebuie să menționăm însă, după cum au insistat și alții, că tehnica însuși a extirpării acestui țesut este foarte anevoioasă și delicată, ea trebuind să fie făcută pas cu pas pentru a nu leza vreun centru nervos important și pentru a putea stăpâni repede o eventuală

hemoragie. Cu toate acestea, în cazul nostru, înalțând în țesutul scleros, la un moment dat am găsit un spațiu de ciliav între blocul cicatricial și substanța cerebrală sănătoasă, fapt care ne-a permis o adevărată enucleare a masei cicatriciale fără hemoragie notabilă și într'un timp relativ scurt. Atragem atenția asupra acestui spațiu de ciliav și fără a susține prezența lui în mod regulat, totuși el trebuie căutat, căci prin găsirea lui se asigură foarte mult tehnica extirpării cicatricelor din substanța cerebrală.

După ce s'a eliberat de toate aderențele și cicatricile, substanța cerebrală se colabează lăsând un defect cu mult mai mare decât masa de țesut scleros extirpată. Ideea umplerii acestui gol printr'o plombă grasă, precum și aceea a completării lipsei de duramater prin transplante de fascie sau diferite seroase, a fost abandonată de numeroși autori. Pe lângă pericolul unei infecții și al eliminării acestor transplante, ele pot deveni prin diferite procese retractile o sursă iritativă epileptogenă la acel nivel. Noi de asemenea ne-am lipsit de plastia dural-mater, precum și de umplerea defectului de substanță cerebrală, mulțumindu-ne să drenăm, pentru 48 de ore, cu o meșă, cavitatea provenită după excizia cicatricelor, am adoptat această conduită bazându-ne pe faptul că și în extirpările de tumori cerebrale, Guleke și majoritatea autorilor recomandă această conduită.

Timpul scurs dela operația bolnavului nostru este încă prea scurt pentru a judeca asupra valorii curative a intervenției ce i s'a făcut. În orice caz prognosticul trebuie să fie foarte rezervat. Dacă mortalitatea post-operatorie este redusă la aproximativ 6%, rezultatele în ceea ce privește vindecările definitive sau chiar ameliorările după intervenție, nu sunt din cele mai favorabile. Braun dă 118 insuccese față de 128 vindecări și ameliorări, deci aproape jumătate din intervenții reprezintă eșecuri. Prognosticul trebuie apreciat și după aspectul anatomo-patologic al leziunii căci cu cât leziunile sunt mai superficiale, limitându-se numai la tabla osoasă și meningele moale, cu atât mai mari sunt șansele de vindecare și deci și prognosticul este mai bun. Având în vedere că în cazul nostru leziunile cicatriciale se găseau profund în masa cerebrală, prognosticul trebuie să fie cât mai rezervat. Chiar în cazul unei vindecări sau ameliorări imediate să nu uităm că s'au descris și recidive tardive după 5 ani (Küttner), 6 ani, (Kümmel) și chiar 18 ani (Quénu). Cu toate aceste date nu prea încurajatoare, tratamentul chirurgical al epilepsiei traumatice stă pe primul plan, el trebuind să fie încercat în toate cazurile unde există cea mai mică șansă de ameliorare.

Am crezut de bine să comunicăm această observație împreună cu câteva considerații în legătură cu ea, fiindcă părerea noastră este că încă de acum să

înceapă discuția asupra problemelor care formează obiectul chirurgiei ce ne așteaptă: *chirurgia invalidului de război*.

Bibliografie

- Bisgard*: Osteogenesis. An experimental study. — Arch. of Surgery, Vol. 30, p. 748, 1935.
- Braun*: Epilepsie nach Kopfverletzungen. — Neue Dtsch. Chir., Vol. 18. Stuttgart 1916.
- Caramzulescu și Popescu Tătaru*: Lipsă de substanță craniană, epilepsie, autoplastie osoasă, vindecare. — Comunicare la al IX-lea Congr. Naț. Chir., București, 1938.
- Duff*: The treatment of traumatic defects of the skull. — Glasgow med. journ., Vol. 100, p. 65, 1923.
- Fagarasano*: Procédé de cranioplastie par des greffons costaux dedoublés. — Technique Chirurgicale. Anul 29, Nr. 3, p. 57, 1937.
- Jorns*: Nachsorge nach chirurgischen Eingriffen. — Ed. G. Thieme, Leipzig 1942.
- Kappis*: Zur Deckung von Schädeldefekten. — Zbl. f. Chir., Nr. 51, 1915.
- Krause und Schum*: Die epileptischen Erkrankungen. — N. D. Chir., Vol. 49 b. Stuttgart, 1932.
- Küttner*: Chirurgie des Gehirns, in Handbuch der praktischen Chirurgie, Vol. I. Ed. Enke, Stuttgart 1926.
- Lexer*: Die freien Transplantationen. — N. D. Chir., Vol. 26 a și b. Stuttgart, 1919 și 1924.
- Orth*: Kurze Mitteilung zum Vorgehen bei Schädeldefekten. — Zbl. f. Chir., Nr. 10, p. 520, 1925.

CLINICA CHIRURGICALĂ DIN CLUJ-SIBIU

Director: Prof. Dr. Al. Pop.

RÉSUMÉ

Considérations

sur les cranioplasties et le traitement de l'épilepsie post traumatique, a propos d'un cas personnel

Les auteurs présentent un cas de perte de substance ramatique du pariétal gauche, associée à une épilepsie type Bravais-Jackson.

Le malade a été opéré en lui faisant une extirpation de la cicatrice cérébrale complétée par une plastie crânienne. Pour cela on s'est servi d'un greffon costal fendu en sens frontal sur toute sa longueur. Chacun des deux fragments ainsi obtenus ont été fixés avec leur convexité en haut, dans des petites brèches créées dans le pourtour osseux de la perte de substance crânienne. Le greffon a été prélevé ayant gardé son périoste sur sa face externe.

La plate a guéri dans les meilleures conditions et l'état du malade s'est amélioré d'une façon évidente.

A propos de ce cas, on fait quelques considérations sur les plasties osseuses du crâne et sur le traitement chirurgical de l'épilepsie post traumatique.

Les auteurs reviennent l'actualité de ces problèmes qui représentent un chapitre important dans la chirurgie de l'invalidé de guerre.

ZUSAMMENFASSUNG

Betrachtungen

zu den Plastien des Schädels und der Behandlung der post-traumatischen Epilepsie, im Zusammenhange mit einem persönlichen Falle

Es wird ein Fall beschrieben, bei welchem infolge einer Traumatisierung der linke Parietallappen fehlt und eine Jackson'sche Epilepsie angetreten ist.

Es wurde die Hirnnarbe extirpiert und hierauf eine Schädelplastik vorgenommen. Dazu wurde eine Rippenplastik verwendet, welches in frontaler Richtung der Länge nach aufgespalten wurde. Jedes der so gewonnenen

Fragmente wurde in vorherbereitetet Einkerbungen — mit der konvexen Seite nach aussen — in den Rand des Schädeldefektes eingefügt. Das Transplantat wurde mit dem äusseren Periot ausgehoben.

Die Operation wurde heilte ausgezeichnet und der Zustand der Kranken besserte sich sichtlich.

Im Zusammenhange mit diesem Falle werden Betrachtungen über die Knochenplastiken des Schädels und die chirurgische Behandlung der posttraumatischen Epilepsie angeknüpft.

Die Verfasser heben die Aktualität dieses Problems, welches ein wichtiges Kapitel der Kriegsinvalidenchirurgie darstellt, besonders hervor.

Considerațiuni asupra unui caz de sifilom primar lingual

de

Dr. Nic. Comșa

Actualitatea problemei combaterii și profilaxiei venericilor, impusă prin accentuarea morbidității acestor boli, ca un reflex al perturbărilor sociale inerente stărilor excepționale de azi; precum și importanța socială a sifilisului extragenital pentru țara noastră, unde factorii favorizanți ai acestei modalități speciale de contaminare ca: ignoranța și promiscuitatea, sunt cu deosebire reprezentate, încât a determinat pe Prof. Nicolau¹⁾ să afirme, că la noi în mediul rural: „sifilisul se comportă ca o boală a promiscuității mai mult decât o maladie venerică”, — m'a determinat ca în legătură cu descrierea tabloului clinic al unui caz de sifilom primar lingual, să insist asupra câtorva aspecte pe care le prezintă profilaxia sifilisului extragenital bucal.

Observație clinică. — În ziua de 15 Octombrie 1942 se prezintă la consultațiile mele particulare fata M. B., în etate de 18 ani, servitoare, fiind îndrumată de un confrate, căci afecțiunea de care suferă nu-i provoca turburări de așa natură încât să o determine a consulta medic din proprie inițiativă.

În antecedentele eredo-colaterale și personale nimic important privitor la afecțiunea de care suferă.

În istoricul bolii actuale aflăm cu greutate și după multă insistență, că aproximativ cu 18 zile înainte s'a sărutat cu un bărbat, a cărui confruntare nu a fost posibilă din cauză că era plecat din localitate.

Bolnava a fost avertizată că se petrece ceva anormal la nivelul limbii, prin jena și usturimea pe care o simțea cu ocazia alimentării cu mâncări acre și piperate, fără ca să-i dea însă o prea mare importanță; totuși întâmplător arătându-se unei doamne, i-a recomandat să facă desinfecție bucală cu neol. Deși continuă a face gargară și spălături bucale zilnice cu acest desinfecțant, totuși bolnava a constatat, observându-se în oglindă, că leziunea dela nivelul vârfului limbii continuă să progreseze în dimensiuni, fără a se exagera însă turburările subiective în așa măsură ca să o împiedece în exercitarea meseriei.

Îngrijorarea bolnavei a început ca să se manifeste în cele două zile premergătoare prezentării la consultație, din cauza instalării cefaleii cu predominanță vesperală și a deformării vizibile a regiunii submaxilare drepte.

Cu aceste simptome se prezintă bolnava la consultație, când la examenul obiectiv al cavității bucale s'a putut constata că prezintă: localizat la nivelul treimeii anterioare a feței dorsale a limbii, extinzându-se spre partea dreaptă a vârfului ei, o leziune rotundă, circulară, de mărimea și forma unei monede de 25 bani, cu contur net delimitat, cu suprafața ușor proeminentă în formă de platou, de culoare roșietică, netedă și lipsită de papile (plaque glabre, fauché), spre centrul căreia se observă o ușoară suprafață erozivă obdusă de puțină secreție clară, transparentă. Întregă leziunea proemină, dând impresia unui nasture inclavat în vârful limbii, neted și roșietic contrastând cu restul suprafeței limbii de culoare mai deschisă, roză și acoperită cu papile. Unele din papilele linguale cari delimitează conturul acestei suprafețe netede, cu deosebire spre vârful limbii au suferit, în urma unui proces iritativ, o hipertrofie netă, luând un aspect papilomatos arborescent, fiind mai voluminoase, mai ramificate și mai albicioase decât papilele normale din vecinătate.

La palpare se simte în mod net o infiltrație cartonată a întregii leziuni. În afară de o ușoară senzație de usturime cu ocazia alimentației, nu prezintă nici spontan, nici provocat o sensibilitate mai exprimată, după cum ne-am așteptat ca să întâlnim la o leziune de mărimea aceleia pe care o prezintă acest organ, dotat cu o inervație așa de bogată.

În regiunea submaxilară dreaptă, corespunzător cornului mare al osului hioid, la palpare constatăm prezența a doi ganglioni de mărimea unor alune, duri, indolenți și mobili. Această adenopatie satelită, homolaterală și aflegmatică, produce o deformare evidentă a regiunii, după cum se poate vedea și în fotografia alăturată.

La examenul ultramicroscopic, efectuat cu oarecare greutate din cauza desinfecției cu neol, aplicată de bolnavă; totuși prin examinări repetate a secreției obținute prin scarificație și expresiunea sucului s'a putut pune în evidență *Treponema pallidum*.

Având însă în vedere existența în cavitatea bucală a *Treponemei dentium*, care trăiește ca saprofit cu deosebire la nivelul colului dentar și care deși este mai scurtă, mai subțire și cu spire mai puțin profunde, adeseori face imposibilă o diferențiere netă, încât unii autori ca Szezary, Schaudinn, Bertarelli, Volpino, Collet,

¹⁾ Buletinul Acad. Rom. Med. 1936, tom. I, Nr. 2, p. 295. *Principes généraux de Prophylaxie sociale antivenerienne.* Prof. Dr. S. Nicolau.

Intrebuintati zilnic:

PACYL

contra Hypertensiunii

Coborîrea moderată a Tensiunii Arteriale ridicate.
Potolirea spasmelor vasculare.
Îmbunătățirea, pe cale bucală, a indispozițiilor subiective.

DIWAG

CHEMISCHE FABRIKEN A.G., BERLIN-WAIDMANNSLUST

Pentru mostre și prospecte adresați-vă:

Odol S. A. R. București, Str. Apostol Margarit 22

In loc de tinctură de iod

SEPSO

Inlocuitorul desăvârșit al tincturei de iod

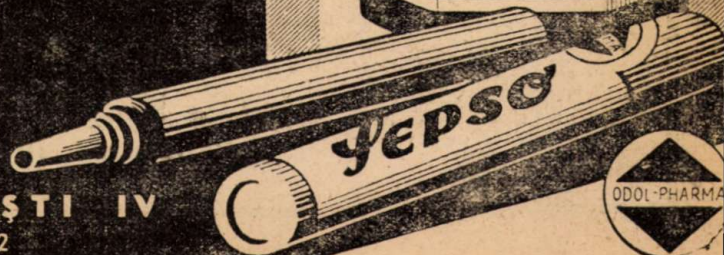
Tinctura SEPSO este o soluție alcoolică din combinațiuni complexe ale anumitor metale cu brom și rhodan. Concentrarea ei corespunde unei tincturi de iod 10⁰/₀, având aceeași putere desinfecantă.

Tinctura SEPSO fiind complet lipsită de iod, ea poate fi folosită și la persoanele sensibile la iod.

Se găsește în flacoane de
20, 50, 1000 cmc. în tuburi de 3 cmc.

Prospecte și lămuriri la cerere.

ODOL-PHARMA, BUCUREȘTI IV
STR. APOSTOL MĂRGĂRIT 22



In insomnie, Nervositate, Nevralgii

CEREBROSAN

SIROP

Calciu
Valeriană
Barbiturice
Brom
Analgezină

Sedativ: de trei ori pe zi câte 1—2 lingurițe
Hipnotic: 1 lingură înainte de culcare

Analeptic

Cardiotonic

CORDISAN „Sapic“

CORDISAN-EFEDRINA

Picături Fiole Pulbere pentru receptură

In toate stările de slăbiciune ale inimii și ale circulațiunii sanguine

Pentru calmarea durerilor interne

NEOLUVERIN

Dr. WANDER

TABLETE

SUPOZITOARE

In spasmele musculaturii netede

Dureri interne și postoperatorii

Dismenoree

Asociație de Papaverină feniletilbarbit., Atropină metilbrom. și Amidoazofen

Mostre și literatură trimite la cerere:

Dr. WANDER S. A.

Fabrică de produse farmaceutice și dietetice

București II. - B-dul Bucureștii-Noi 90

Horand, etc. afirmă că „Existența Treponemei dentium face foarte dificil diagnosticul microbiologic al leziunilor bucale sifilitice”; totuși având în vedere faptul că leziunea noastră se află la nivelul limbii, că a fost în continuu desinfectată cu neol, încât eventualii spirocheți saprofiți au putut fi distruși pe suprafața șancrului, precum și faptul că am evidențiat spirocheta în secreția provenită în urma scarificării și expresiunii sucului din profunzimea neoplaziei inflamatorii, inclinăm a crede că am pus în evidență în preparatul ultramicroscopic *Trepona pallidum*.

Din punct de vedere subiectiv bolnava prezenta o cefalee continuă cu exacerbări vespérale, întovărășită de o astenie generală, ambele atribuite unei stări gripale și tratate în consecință fără rezultat; în plus mai simțea o jenă și usturime la nivelul limbii cu ocazia alimentației cu mâncări calde, acre și piperate.

La examenul general constatăm că bolnava suferă de un ușor grad de Basedowism frust, prezentând o ușoară exoftalmie și tremurături fibrilare a extremităților superioare, în plus o tume-



facție difuză perceptibilă a regiunii tiroidiene. Consecința dezechilibrului sistemului organo-vegetativ, bolnava prezenta din când în când bufeuri de căldură și alternanțe de vasodilatație și vasoconstricție periferică, tradusă mai ales prin puseuri de eritroză facială și o senzație de căldură locală, uneori și vărsături în legătură cu stări emotive; iar altădată în legătură cu diverse mirosuri sau după contactul pielii cu apa în timpul spălării rufelor sau vaselor.

Este importantă această stare de vasolabilitate și predispoziție la reacțiuni alergice, ca expresie a dezechilibrului sistemului organo-vegetativ pe bază de disfuncție endocrină, din punct de vedere a conduitei terapeutice, ținând seamă de eventualele reacții de intoleranță medicamentoasă la care este expusă.

Reacția Wassermann în sânge este intens pozitivă.

De menționat este și faptul că bolnava este virgo, fapt care o situează printre victimele ignoranței și a practicei unor obiceiuri fără respectul regulilor elementare de igienă.

Bazându-mă pe simptomele prezentate pun diagnosticul de: *sifilom primar lingual, forma papuloasă (în platou), seropozitiv; iar prezența cefaleei și asteniei mă determină a o considera la limita extremă a perioadei primare, pe pragul instalării secundarismului.*

O particularitate prezentată de cazul descris constă în precipitarea în timp a tuturor fazelor sifilisului primar, prin apariția aproximativ în curs de 16 zile dela debutul leziunii linguale a adenopatiilor regionale, pozitivării serologice și instalării cefaleei și asteniei presecundare; cunoscut fiind de altfel că sifilisul primar cefalic dă mai frecvent fenomene nervoase, reacția Wassermann devine pozitivă mai precoce, erupțiile secundare apar uneori în mai puțin de 4 săptămâni, având o localizare cu deosebire în partea superioară a corpului, cu un caracter mai florid și confluent (Vilensky).

Pentru a demonstra frecvența acestor fel de cazuri, redau în tabelele de mai jos datele statistice extrase din literatură:

1. Frecvența sifilisului primar lingual

Autorul	Numărul cazurilor			Regiunea la care se referă și anul
	Sifilis primar			
	Extra- genital	Lingual		
		Global	0/0	
<i>Fournier</i>	1.134	75	6 ⁰ / ₀	Franța
<i>Bobrie</i>	326	10	3 ⁰ / ₀	" 1902—1912
<i>Carivenc</i>	135	12	8 ⁰ / ₀	" 1902—1905
<i>Bardet</i>	140	6	5 ⁰ / ₀	" 1914—1918
<i>Levy-Bing- Gerbay</i>	58	5	4 ⁰ / ₀	" 1914—1918
<i>Charbol</i>	690	36	5 ⁰ / ₀	" 1914—1924
<i>Rille</i>	646	16	2 ⁰ / ₀	Germania 1892—1924
<i>Ronchesse</i>	95	1	1 ⁰ / ₀	Italia 1910—1924
<i>Herczeg</i>	437	5	11 ⁰ / ₀	Ungaria —1925
<i>Bulckley</i>	8.313	157	2 ⁰ / ₀	Stat. de ansamblu 1893
<i>Müncheimer</i>	9.519	175	1,8 ⁰ / ₀	" " " 1897
<i>Scheuer</i>	13.837	273	1,9 ⁰ / ₀	" " " 1910

2. Frecvența sifilisului extragenital

Autorul	Localitatea	Procentul sifilisului primar extragenital din total. sif. prim.
<i>Finger</i>	Viena	1,3%
<i>Nekam</i>	Budapesta	5 %
<i>Montgomery</i>	California	5,5%
<i>Bulkley</i>	New-York	5,5%
<i>Fournier</i>	Paris	6,33%
<i>Van Walsen</i>	Amsterdam	8,5%
<i>Von Brach</i>	Bonn	9 %
<i>Rosenquist</i>	Moscova	10,2%
<i>Ronchesse</i>	Veneția	12,4%
<i>Mracek</i>	Viena	15 %
<i>Krefting</i>	Cristiania	16,6%

Din aceste tabele putem deduce că sifilisul extragenital (exclusiv cel perigenital) se prezintă într'un pro-

cent mediu de 8,7% din totalul sifilisului primar, iar cel lingual 2,2% din totalul sifilisului extragenital și 0,18% din totalul sifilisului primar. Deci sifilisul primar lingual apare în proporția de 1 caz la 555 bolnavi de sifilis primar.

Având în vedere forma clinică papuloasă a cazului nostru, care apare cu o frecvență de 12% (Jeanseime, Burnier), din totalitatea aspectelor clinice prezentate de sifilomul primar lingual (eroziv, ulceros, fisurar, papulos și scleros): rezultă că această formă clinică este reprezentată printr-un procent de abia 0,02% din totalul sifilisului primar, ceea ce revine 1 caz la 5000 de șancruri sifilitice de toate categoriile.

Diagnosticul se impune unul ochlu versat delăsine, prin aspectul clinic obiectiv al leziunii, întovărașită de adenopatie satelită caracteristică, și se confirmă prin examenul ultramicroscopic și serologic, diferențindu-se astfel de toate afecțiunile care pot da determinări linguale asemănătoare ca: herpes, afte, hidroa, Dühring, pemfigus, glosită mercurială, plăci mucoase, gome, tuberculoză, lupus, micoze (actinomicoză, sporotrichoză), epiteliom etc.

În ce privește *tratamentul*, având în vedere că bolnava prezintă un teren predispus la reacțiuni de intoleranță, se procedează cu precauție, aplicând la început un număr de 3 injecții de Bișmut, după care se continuă cu Neosalvarsan dizolvat în thiosulfat de sodiu 10%, administrând înainte 0,5 cmc adrenalină 1:1000 subcutan.

Cu aceste precauțiuni am administrat, respectând pauzele obișnuite între injecții, în cursul primei serii 6,80 gr Neosalvarsan și 12 injecții Bișmut. Reacția Wassermann în pauza primei serii s'a negativat, menținându-se ca atare și la începutul seriei a doua, instituită după 4 săptămâni de pauză.

În cursul primei serii bolnava a făcut următoarele *reacțiuni terapeutice*: 1. După prima injecție cu Neo. a prezentat febră reacțională cu exacerbarea cefaleei, a tumefacției submaxilare și a suculenței leziunii, fără ca să apară rozeole la nivelul tegumentelor. 2. În ziua 11-a dela începutul tratamentului, după a treia injecție de 0,45 Neosalvarsan, a făcut o erupție generalizată rubeoliformă de natură blotropică, destul de exprimată, fără prurit și care a dispărut spontan după 4 zile, permițând continuarea tratamentului cu precauțiile amintite.

După două luni dela debutul afecțiunii se mai poate distinge încă la nivelul limbii, în locul unde a fost șancrul, o zonă netedă fără papile (glabre), fără a mai prezenta însă infiltrație și suculență, pe suprafața cărela, privind mai deaproape, se poate observa un început de înmugurire a papilelor linguale.

În rezumat, cazul descris prezintă următoarele caracteristici:

1. Este un caz rar de sifilom primar lingual papulos, care apare cu o frecvență de 1:5000 cazuri de sifilis primar.

2. Bolnava virgo s'a contaminat pe cale buco-bucală, prin sărut.

3. Leziunea linguală nefiind însoțită de turburări subiective mai exprimate, iar bolnava fiind ignorantă în acest domeniu, s'a prezentat la consultație numai la îndemnul unei alte persoane, altfel cu siguranță numai erupția secundară ar fi determinat-o eventual ca din propria inițiativă să se arate unui medic.

4. Toate fazele obicinuite ale perioadelor primare au fost prescurtate ca durată, prin o evoluție precipitată a infecției cu localizare linguală.

5. Diagnosticul s'a fixat pe baza aspectului clinic al leziunii cu adenopatie satelită homolaterală, și a fost confirmat prin examenul ultramicroscopic și serologic.

6. Având în vedere terenul predispus la reacțiuni alergice și turburări vasomotorii, consecința unui dezechilibru organo-vegetativ, întreținut de disfuncții endocrine, s'a instituit un tratament, luând toate precauțiile pentru prevenirea eventualelor reacții de intoleranță terapeutică.

7. În ziua 11-a de tratament a făcut o erupție rubeoliformă blotropică, care nu a împiedecat continuarea tratamentului specific.

8. Deși bolnava noastră, conform directivelor fixate de d-l Prof. Nicolau, prin meseria ei de servitoare, se încadrează în grupul acelor, care (ca chelneri, frizeri, bucătari etc.) prin continuarea exercitării profesiei lor riscă să propage mai ușor infecția și în consecință ar urma ca să fie spitalizată obligator până la sterilizarea ei prin tratament, — totuși, având în vedere izolarea riguroasă care a putut fi realizată în acest caz cu ajutorul familiei în care se afla, a făcut posibil un tratament ambulator.

9. Reacția Wassermann s'a negativat după prima serie și s'a menținut ca atare.

10. După 2 luni dela apariția sifilomului lingual mai persista încă la nivelul limbii în locul șancrului o zonă netedă fără papile.

Ca *profilaxie* în sifilisul extragenital bucal, pe lângă măsurile generale preventive antivenerice de ordin sanitar și legislativ, ținând seamă de faptul că modul de contaminare extragenitală este în mare parte favorizat prin lipsa de igienă personală și mai ales prin ignoranță și promiscuitate, vom da o deosebită importanță măsurilor de ordin educativ igienic.

O propagandă eficientă în domeniul profilaxiei sifilisului extragenital bucal, în vederea educației colective, a căreia ne adresăm, va putea fi susținută numai în deplină cunoaștere a tuturor posibilităților de transmitere a infecției dela sursă până la poarta de intrare bucală. Din acest motiv am crezut necesar a expune

căile mai frecvente de contagiu, pe care le-am extras din literatură, sperând că servesc astfel educatorilor în materie de igienă, teme asupra cărora urmează ca să insiste în activitatea lor pe teren.

Șancru bucal sifilitic, care poate fi localizat în ordinea frecvenței pe buze, limbă, amigdale, stâlpil amigdalien, bolta palatină, vălul palatului și mucoasa jugală, este mai frecvent la bărbat decât la femele, cu deosebire în colectivitățile unde promiscuitatea este în floare, — și recunoaște în general trei moduri de contagiu principal:

1. Contagiu genito-bucal, mai frecvent la bărbat decât la femele.

2. Contagiu buco-bucal, realizat mai deseori prin sărut, ca și în cazul nostru.

În literatură se citează cazuri de contaminare sifilitică prin sărut între soți, logodnici, frați, servitoare care infectează copii, școlari care se infectează între ei.

Sărutul ca manifestare expresivă a unei stări afective, fie că prezintă un caracter ritual (religios, mistic), erotic sau convențional, deci fie că are o fundamentare afectivă sau este numai un artificiu convențional: prin pericolul pe care îl prezintă, de a servi ca modalitate de transmitere directă a o serie întreagă de boli contagioase, impune de a se lua o atitudine hotărâtă în combaterea lui; mai ales că la noi, ca de altfel și la alte popoare, în deosebi la cele orientale, în baza unui proces de contagiu mintal, tîndea a lua proporții cu adevărat morbide. Obstacolele întâmpinate vor fi însă foarte greu de înlăturat, dacă ne gândim că această practică este nu numai tolerată, dar chiar susținută și încurajată de morala curentă, atât în domeniul religios cât și cel al convențiilor sociale existente; încât igienistul va trebui ca printr'un efort susținut și motivat să convingă la colaborare atât forurile oficiale, și în deosebi cele ecleziastice, cât și întreaga societate.

Prin educație rațională vom putea ca infiltrând deprinderi de acțiune și gândire mai adecvate și conforme cu percepțiile igienice, să putem substitui practicarea a o serie de obiceiuri, care pe lângă faptul că nu au o justificare biologică, constituiesc și un real pericol pentru sănătatea noastră.

3. O altă modalitate de contagiu în sifilisul bucal este cea *mijlocită, indirectă*.

Se citează astfel cazuri de contaminări prin *ustensilele de alimentație*, ca: pahare, linguri, furculițe, cești, sticle (obiceiul românului de a închina la cârciumă), ulcioarele și gălețile fântânilor. Obiceiul de a gusta alimentele cu lingura pe care mai înainte a folosit-o pentru același scop bucătăreasa. Unele mame, doici sau bone au obiceiul de a gusta cu lingurița copilului înainte de a-l da să mănânce. Hillaret citează cazul unei bunici care a contractat sifilisul dela un copil heredo-sifilitic,

încercând cu gura biberonul acestui copil; invers, o bonă a transmis în același mod sifilis copilului pe care-l îngrijea.

Tot aici intră și contaminările semnalate cu ocazia *practicilor religioase*, sărutul crucii, a icoanelor, cumințirea cu lingurița comună etc.

Se mai citează contaminări prin *figări, țigăret*, mucuri de țigări, când trec dela o persoană la alta, obiceiul frecvent la școlari, militari, lucrători etc.

Prin *obiecte de birou și toaletă*, ca: tocul de scris, creion (obiceiul unora de a-l introduce în gură), foarfecă, plpate (în laboratorii, farmacii), bomboane, monede metalice sau de hârtie, timbre de colecție, jucării (astfel trompeta care trece din gură în gură și care contaminează o întreagă familie).

Prin *instrumente medicale*: spatula pentru limbă, laringoscop, oglinzi bucale, aparate de proteză dentară, clește pentru dinți etc.

Contaminări profesionale: suflătorii de sticlă, tapisierii care țin culele în gură pe care le trec unul altuia, muzicanții prin instrumentele de suflat (flaut, clarinet, trompetă etc.), electricienii care încearcă trecerea curentului prin fir cu limba, conductorii de vehicule publice, tramvale etc., prin intermediul fluierului cu care dau semnalul de plecare etc.

Obstetricienii și moașele care au contractat sifilisul bucal prin însuflarea buco-bucală a noulor născuți heredo-sifilitici asfixici.

Copiii infectați dela sânul doicii și invers.

În sfârșit se mai citează cazuri de contaminări bucale prin degete care au venit în contact cu organe purtătoare de leziuni sifilitice deschise.

În concluzie, putem spune că sifilisul bucal este o consecință a ignoranței și promiscuității, iar profilaxia se va putea face numai atunci când printr'o instrucție și educație integrală vom reuși ca pe lângă formarea unei conștiințe civice și naționale, pe lângă îmbunătățirea standardului de viață, ameliorând starea culturală și economică, vom reuși să infiltrăm cât mai multe obiceiuri și deprinderi sănătoase în domeniul practicii regulilor elementare de igienă individuală corporală.

Această operă educativă, care va avea repercusiuni atât de importante și în combaterea și profilaxia venericilor, este cu deosebire susținută și intensificată de actuala conducere a Ministerului Sănătății, prin înființarea de plăși sanitare și mărirea numărului surorilor de ocrotire și asistentelor sociale, înființarea de școli țărănești de gospodărie, instruirea și plasarea în mediul rural a învățătoarelor de igienă; toate măsurile menite a contribui la ridicarea standardului cultural-igienic al populației noastre rurale care se sbate încă și astăzi în ignoranță și promiscuitate, servind astfel un deziderat de primul ordin al igienei sociale și naționale.

RESUMÉ

Considérations sur un cas de syphilome primaire linguale

L'auteur fait quelques considérations cliniques et prophylactiques en matière de syphilis extragenital bucal, en exposant le tableau clinique d'un cas personnel de syphilome primaire linguale, forme papuleuse. (Avec photographie).

ZUSAMMENFASSUNG

Betrachtungen zu einem Falle von primärer Zungensyphilis

Es wird ein Fall von einem seltenen primären, papulösen Zungensyphilom beschrieben und in Zusammenhänge werden einige klinische und prophylaktische Betrachtungen gegeben.

Probleme terapeutice

Importanța afecțiunilor buco-dentare în graviditate și tratamentul lor

de

Dr. Alma Mohora Popoviciu

În timpul gravidității instinctul de conservare duce o luptă continuă cu acela de reproducere. Organismul femeii în marea majoritate a cazurilor, învinge această luptă, potrivindu-se situației printr'un echilibru fiziologic, în mod admirabil.

În anumite cazuri însă, sub influență patologică, traumatică sau toxică, acest echilibru nu se menține, dând astfel naștere complicațiilor care, prin diferite manifestări, formează un capitol foarte variat. Din punct de vedere obstetrical și stomatologic ne interesează alterațiunile buco-dentare survenite în decursul gravidității și tratamentul lor, iar din punct de vedere social profilaxia lor.

Prof. Büttner (Rostok) spune: „Die Frucht nimmt sich was sie braucht“. Dat fiind că pentru dezvoltarea fătului, singurul izvor este organismul matern, acesta cu o lăcomie fără nicio considerație, se folosește de toate materiile necesare, pentru construirea corpului său. Astfel metabolismul matern este greu încercat — mai ales conținutul mineral (calciul și fosforul) — suferă o diminuare, producând discrizia gravidică. Dacă prin tratamentul rațional nu se produce un dezechilibru mai grav în metabolismul matern, întâlnim totuși o serie de afecțiuni, pe care le vom aminti în mod foarte sumar, ca să putem trece apoi la felul tratamentului și a intervențiilor.

Alteratiunile pot fi de ordin local sau general, iar cele de ordin general: a) turburări de nutriție, b) accidente infecțioase și c) intoxicațiuni. Alteratiunile locale interesează arcadele dentare și părțile moi, învecinate. Astfel, aproape fiecare gravidă, prezintă o carie progresivă, care în mod fulgerător poate să distrugă întreaga dantură. S'a constatat că, în decursul gravidității și lactației, dinții pierd în proporție considerabilă sărurile minerale, prin care fapt se produce o porozitate și fragilitate a danturii.

Afară de cauzele generale: dezechilibrul endocrin și metabolismul bazal modificat, mai sunt și alte cauze locale importante în etiologia alterațiilor bucale: 1. calitatea salivei, 2. cantitatea salivă și 3. hiperemeza. Dacă hiperemeza se produce în formă ușoară, diminuează și ajun, nu produce nimic patologic în starea danturii și a gingiei, dacă vomiturile se produc însă după repaos, conținutul acid al sucului gastric pe lângă saliva deja acidă, produce un mediu bucal foarte apt pentru invazia microrganismelor și astfel o predispoziție pentru carie. — Colles descrie 3 forme de carie în decursul gravidității: 1. caria brună, care atacă premolarii, apoi incizivii laterali și centrali superiori (inferiori mai rar); se observă mai des la clasele mijlocii și inferioare ale populației; 2. caria cuspisurilor (formă rară); nu-l colorată; 3. caria moale, localizată circular, lângă gingia pe colul dintelui; e deosebit de sensibilă.

Am avut ocazia să tratez mai multe paciente în cursul gravidității, dintre care îmi aduc aminte de un caz excepțional de grav. O femeie de 28 de ani, gravidă a 3-a oară, prezintă o decalcifiere completă a danturii întregi, neavând niciun dinte sănătos și multe rădăcini. Cariile erau de toate categoriile, pacienta prezentând și o hipersalivație abundentă. În ce privește tratamentul, am procedat local la extracția rădăcinilor necrozate și fistulizate; am conservat prin obturație dinții cariati, am reconstituit protetic lipsurile dentare. Ca tratament profilactic am recomandat alimentația lacto-vegetală, iar ca medicament am recomandat „Opo-calciu“ care prin compoziția sa fericită și prin asociația endocrin-minerală asigură o remineralizare „ad maximum“, conținând și extract de glanda paratiroidă, suprarenală și timus; ca minerale florură de calciu, glicero-fosfat de calciu, fosfat tricalcic etc. Am remarcat o ameliorare considerabilă în urma acestui tratament prin faptul că demineralizarea n'a mai progresat și nu s'au ivit

„Intrucât Clauden are un efect prompt asupra emoragiilor atât de diverse din punct de vedere etiologic, el reprezintă într'adevăr un stiptic polivalent și medicul are la îndemână mijlocul să oprească imediat orice emoragie, câștigând timp pentru o terapie cauzală, ce ar fi eventual necesară“.

Jubaș: „ZENTRALBLATT FÜR GYNECOLOGIE“ 1918. No. 31.

EMOSTIPTICUL FIZIOLOGIC „CLAUDEN“

S'A DOVEDIT PRETUTINDENI, DE ZECI DE ANI, CA UN PREPARAT DE O INALTĂ EFICACITATE ȘI SIGURANȚĂ, LA EMORAGII DE ORICE ETIOLOGIE

AVANTAJELE SALE SPECIALE SUNT:

- Posibilitatea de întrebuințare imediată
- Efect rapid
- Nici un pericol de supradozare
- Inocuitate la orice formă de întrebuințare

Fiole — Tablete — Praf de presărat

LUITPOLD-WERK, MÜNCHEN

Depozit permanent al Preparatelor Luitpold-Werk:

„Drogueria Standard“ S. A. R.

Str. Sf. Ionică, 8 — București I



Produse „Ufarom“ fost Egger Cluj-București

**Noua terapie specifică a tuturor
infecțiunilor strepto-stafilococice cu**

Septamid Sulfamidă albă.

tabl. în tub de 10 à 0.30
" " " " 20 à 0.30
" " borcane " 100 à 0.30

Medicațiune chimico-terapică din grupul P. Aminophenylsulfonamid lipsit total de fenomene toxice, chiar după administrare mai îndelungată.

Beneurin, vitamina B₁

mitte injecții 3 fiole de 1 cc à 5 mgr
forte " 3 " " 1 cc à 25 mgr

cristalizată, chimic pură. $C_{12}H_{17}OSI_2HCl$.
Preparat conținând vitamina B₁, **vitamina antinevritică.**

INDICAȚIUNI: Vitamina B₁, fiind neurotropă are indicațiuni foarte variate în nevrite de orice origine și localizare, și polynevrite cu turburări spastice și paralitice etc.

C e v a l Vitamina C.

injecții 10/1 ccm 0.05
" 5/2 ccm 0.10
" 3/5 ccm 0.50

Este un preparat de acid ascorbic chimic pur.
INDICAT: În toate cazurile unde se constată o insuficiență a vitaminei C.

Hepacit Extract de ficat și mucoasă stomacală.

injecții de 2 cmc

Extrem de activ și perfectă tolerabilitate. Ameliorează rapid starea generală, iar numărul globulelor roșii și indicele hemoglobinic crește chiar dela începutul tratamentului.

INDICAT: în anemii secundare provocate de hemoragii, anemie pernicioasă, anemii consecutive maladiilor infecțioase. Protejează celulele hepatice, evită șocul operator etc., etc. Se administrează în injecții intramusculare.

Eșantioane medicale și literatură:

Laboratorul Farm. V. G. CIOCOIU
București, str. Matei Voevod Nr. 35 - Telefon 3 88-97

nici alte complicațiuni. Iată totodată o schemă tipică pentru tratamentul carilor progresive în decursul gravidității.

Este într'adevăr o stare deplorabilă în care se găsește majoritatea gravidelor. Dovadă sunt statisticele numărate. *Siefert* a găsit la 600 de gravide numai 10 danturi întregi, iar *Grünner* din 150, abia 2; *Lamland*, ginecologul hospitalului Tenon, din 62 de observate numai 1 cu dantură sănătoasă. Statistica făcută în urma examinării a 22 gravidelor și 13 lăuze în serviciul Clinicii Gynecologice și Obstetricale de sub conducerea d-lui Prof. C. Grigoriu, vezi mai jos:

TABLOUL GRAVIDELOR
examine din punct de vedere bucal la Cl. Obstetricală din Cluj

Nr. crt.	Numele	Vârsta	Nrul nașterilor	Diagnostic	Observații
1	H. S.	25 ani	Primipara	Hipertrofia papilelor interdantare	Dinți intacti
2	L. A.	19 ani	Primipara	4 carii, Ging. hipertrofică	
3	V. B.	19 ani	Primipara	Gingiv. gravidică	
4	N. M.	27 ani	Primipara	3 lipsuri Stomatită	
5	P. R.	19 ani	Primipara	2 răd., 4 carii	
6	L. O.	23 ani	Primipara	5 carii, Stomatită	
7	S. R.	21 ani	Primipara	5 carii, 4 lipsuri, 3 răd., Gingivită	
8	F. M.	30 ani	3 nașteri	5 răd., 3 decalcații, 6 lipsuri, Ging. hipertr.	
9	K. I.	20 ani	Primipara	Hipoglasia gen., 32 Hipertrofia papil.	
10	K. F.	29 ani	3 nașteri	2 carii, 2 lipsuri, Ging. tartrică difuză	
11	S. V.	22 ani	Primipara	5 răd., Ging. hipertr. 3 carii.	
12	R. V.	22 ani	Primipara	4 răd., Ging. spec., [Bismut]	Trat. antiinfecț.
13	M. F.	23 ani	Primipara	Gingivită tartrică, Erupția 8 8	Avort spontan
14	V. E.	25 ani	Primipara	3 carii,	Dinți tratați Avort iminent
15	Cr. C.	20 ani	Primipara	5 carii, 1 răd., 2 lipsuri, Ging. hipertr.	Hidramnios
16	B. M.	21 ani	Primipara	3 carii, 2 lipsuri, Ging. tartr.	Mola
17	D. Irene	22 ani	Primipara	8 răd., 2 dinți buni, restul cariați.	
18	Ioana T.	40 ani	3 nașteri	5 răd., 6 carii, 8 lipsuri, Odontolit.	
19	Veron R.	21 ani	Primipara	2 carii, 1 lipsă.	
20	S. S.	17 ani	Primipara	1 Erupție Ging. difuză	
21	S. H.	23 ani	Primipara	8 carii, Ging. hipertr.	Dinți tratați
22	C. A.	30 ani	Secundip	5 carii, Tartru.	Dinți netratați

Din toate 22 examinate numai 4 folosesc peria și 100% prezintă alterațiuni serioase, deci 100% pericol de complicații în timpul lăuziei.

TABLOUL LĂUZELOR

examine din punct de vedere bucal la Cl. Obstetricală din Cluj

Nr. crt.	Numele	Vârsta	Nrul nașterilor	Diagnostic	Observații
1	D. I.	50 ani	7 nașteri	20 dinți lipsesc, Gingivită.	Nefrită. Făt mort în tranșă.
2	F. F.	32 ani	Primipara	7 lipsuri, 1 plombă, Ging. tartr.	Avort med. Toc Stat postnecrotic.
3	D. I.	24 ani	Primipara	6 carii, Decalcificare.	Cardiopatia. Naște la termen
4	V. T.	24 ani	Primipara	3 gangr. persist., Gingivită III	Foetor ex ore
5	Suz. S.	35 ani	9 copii	Retenția 8 8 Gingivită difuză.	
6	C. An.	26 ani		5 carii, 2 lipsuri, 3 răd.	
7	H. Ana	25 ani	Primipara	5 carii, 12 răd., Stomatita localizată.	
8	Eliz K.	21 ani		2 răd. cu fistule, Papilită 56	
9	Ana G.	20 ani		3 răd.	Dinți tratați relativ
10	P. Piri	15 ani		3 carii, Ging. grav.	
11	Sofia P.	24 ani	4 nașteri	3 carii, 1 lipsă.	
12	Eliz O.	24 ani	3 nașteri	6 carii, Gingivită.	
13	Clau-dia H.	34 ani	3 nașteri	Gingivită purulentă.	Dinți tratați

Din 13 lehuze, 2 folosesc peria și au dinți tratați.

Observăm că foarte puține dintre paciente dau atenție curățării mecanice a gurii. Întrebate de ce nu se tratează, vom obține foarte prompt răspunsul natural: „Fiindcă sunt însărcinată și știu că nu este bine să mă tratez, sau să-mi scot o măsea, ca astfel să nu pierd copilul”. Această opinie greșită, dar foarte mult răspândită în toate clasele sociale produce o serie foarte variată de afecțiuni. Cea mai frecventă dintre acestea este *gingivita gravidică*, cauzată de un depozit ceros pe marginea gingiei, întreținut de resturi alimentare — epiteliale înglobând și dând mediu favorabil diferiților microbi. *Gingivita gravidică* se poate manifesta nu numai local în jurul unui dinte singuratic, ci și în mod difuz, producând astfel *gingivita difuză gravidică* sau *gingivita hipertrofică gravidică*. *Gingivita hipertrofică* poate să degenereze până la ecrescențe polipoase, ceea ce produce o tensiune a gingiei cu emoragie în decursul masticației, decolarea gingiei și dislocarea dinților. *Ely* și *Hirsch* explică gingivitele gravidice în afară de cauzele locale, cu un fel de autointoxicare, iar *Didsbury* crede că prin faptul că organele genitale au nevoie de o circulație sanguină mai puternică, organele superioare, în special *cavitatea bucală*, este mai slab prevăzută cu sânge și nu este în stare să învingă alterațiunile și infecțiile. Cauterizările medicamentoase, sau chiar mici intervenții chirurgicale — excizii —, se impun

în cazul când durerile și jena împiedecă pacienta în masticație. Dar aceste intervenții sunt numai palliative. Deodată cu nașterea, în mod succesiv, dispare și alterațiunea, revenind gingia la normal. Stomatita catarală se observă des la gravide slabe, anemice. Apare ca și gingivita, pe la sfârșitul lunii III. Durata este mai lungă, întru cât mama alăptează. Stomatita aștoasă este des observată de asemenea ca o consecință a insalubrității și denutriției în decursul gravidității.

Trebue să amintesc în acest loc și *nevralgiile faciale* care, ca și *nevralgiile nervului sciatic*, sunt mai des remarcate în decursul gravidității. Sub nevralgiile faciale gravidice înțelegem durerile dinților și ale feței din regiunea corespunzătoare, care se manifestă fără a putea constata vreun defect a unei ramure de nerv sau vreoa alterațiune a dinților. Nu este vorba de o nevralgie tipică, ci de dureri în formă de înțepături, care m'grează dintr'un dinte în altul, dintr'un maxilar în celalalt și sunt concomitente cu cefalee vehemente. O serie de observații ne arată că aceste nevralgii sunt — după *Blum* — semnele precoce ale gravidității. Apar la începutul ei și durează până la naștere, cu întreruperi mici. Este cea mai chinătoare dintre toate afecțiunile. *Pinard* și *Hirsch* le explică printr'o autointoxicație numită *hepatotoxiemie gravidique*. *Albrecht* vorbește de presiunea sanguină interdentală mai accentuată, care se produce atât în pubertate, cât și în graviditate, sau în diferite afecțiuni genitale. *Tanzer* susține că o tensiune interdentală specială cauzată de hiperemia organismului întreg sau provocate de anumite insulte psihice ar fi cauza acestor nevralgii, iar *Scheff* afirmă, că durerile din dinții intacti sunt produse prin dilatarea temporară a vaselor pulpare. Pentru evitarea inconvenientelor de ordin nevralgic, se recomandă profilactic îngrijirea gurei „ad extremis”, dela începutul gravidității; tonice, spălături și gargarisme desinfectante. Concomitent se impune curățirea mecanică a danturii și chiar a limbii — în caz de încărcare. Autorii americani recomandă doze mari de hipofosfit.

În decursul gravidității dispoziția pentru diferite procese inflamatorii și infecțiuni bucale este mult augmentată, în parte din cauza motivelor expuse mai sus, pe de altă parte din cauza rezistenței generale absolut slăbite. Astfel, întâlnim foarte des *periodontite* acute în diferitele ei forme (apicale, marginale) perlostite difuze purulente, cu temperaturi ridicate, cu mobilitatea dinților. Acestea se ivesc de multe ori în jurul dinților intacti, dar mai ales la cei alterați, cari în timp ce pacienta nu era gravidă, nu prezentau semne alarmante. De ex., o gangrenă care de mulți ani persistă, sau o *periodontită* cronică în stare latentă, trece în mod surprinzător în *periodontită acută difuză* și chiar *flegmonoasă*. Întâlnim des accidente infecțioase ale molarului al III-lea. Am fost consultată într'un asemenea caz, înainte cu câțiva

ani, de către Clinica Ginecologică din Cluj. O primipară care prezenta un phlegmon în regiunea maxilarului inferior drept; la examenul extern am constatat un trismus foarte accentuat, salivaște abundentă, foetor excesiv de neplăcut, o tumefacție difuză, datorită unei erupții dificile a mol. III inf. în timpul gravidității și provocat de graviditate.

Aceasta o afirmăm, fiindcă erupția molarului a persistat mai multe luni, fără ca să se producă dificultăți și turburări; în decursul gravidității, însă s'a agravat, ajungând înaintea nașterii până la complicațiunile amintite. Cazul era foarte alarmant, astfel încât s'a pus indicația unei intervenții chirurgicale imediate. În urma acestor intervenții, fenomenele grave au cedat, dar la o vindecare definitivă s'a ajuns abia după naștere, când s'a procedat la extracția molarului, pentru evitarea unei recidive cu ocazia altei gravidități.

Guerin-Valenale și alții descriu de asemenea cazuri de erupții dificile foarte grave în cursul gravidității.

Câteva cuvinte despre o tumoră bucată, numită *epulis gravidarum*. Este fapt cunoscut că în uter, pe lângă făt, se pot dezvolta și tumori. *Aschoff* făcând secțiunea diferitelor utere, a găsit, după un examen microscopic foarte conștient, germeni de tumori, fără ca aceștia să fi ajuns la dezvoltare. Se pretinde existența unui factor excitant special, pentru ca să ajungă la dezvoltarea efectivă. Verosimil este că și în gură se află în mod normal anumiți germeni, „resturi embrionare paradentare”, cum le numește *Malassez*, cari în împrejurări favorabile încep să prolifereze, devenind floride. Această împrejurare este graviditatea sau o secrețiune internă schimbată, sau deranjată. Astfel etiologia *epulisului gravidic* este clarificată.

Riebe descrie un caz foarte interesant: la o pacientă care a avut patru nașteri, în decursul fiecărei gravidități, la sfârșitul lunii a III-a, se dezvoltau mici tumorețe pe gingie, cari cu toate că au fost extirpate, recidivau. După o pauză de cinci ani pacienta devenind gravidă a cincea oară, a reapărut și afecțiunea observată de autor, până la sfârșitul gravidității, disparând fără nicio intervenție după naștere. Aceste sunt cazuri benigne, prin faptul că nu produc întotdeauna deranj mai accentuat, care ar reclama o intervenție chirurgicală. Uneori însă, aceste tumorețe iau proporții mai mari, dezvoltându-se până la mărimea unei alune, sau chiar prune, când jena în masticație și vorbire este atât de mare, încât pacientele reclamă intervenție neîntârziată. Am avut ocazia să tratez două cazuri, (vezi mlașul); unul, pe cum arată mlașul, a ajuns la o mărime considerabilă, pacienta suportând orice jenă, știind că după naștere va dispărea, fiindcă în decursul primei gravidități avuse această alterațiune, care a dispărut după naștere.

Cealaltă bolnavă era o profesoară, pe care o tratam de mai mulți ani. La prima graviditate prezenta o gingivită hipertrofică gravă, iar în luna a III-a a apărut pe rebordul maxilarului superior stâng, între incisivi centrali și laterali, tumoretă de mărimea unui bob de fasole, care o jena la vorbire și masticație și sângera ușor. Cu diferite cauterizări am reușit să o reduc considerabil, așa încât nu i-a mai produs pacienței niciun deranj.

Trei ani, afară de micul carii, pacienta n'a avut nimic remarcabil, când deodată a reapărut la consultațiile mele, pentru o mică tumoretă în partea stângă a max. superior, localizată însă cu un dinte mai distal ca cea dintâia. Se vede că în această regiune au fost dispersate acele *resturi embrionare paradentare*, care în urma gravidității au început să prolifereze. La întrebarea mea, dacă pacienta nu cumva este gravidă, mi-a răspuns afirmativ, deci un fenomen patognomonic în plus pentru graviditate. Pacienta fiind profesoară, tumoreta o jena la ținerea cursurilor. Am procedat la extirparea prin raclaj a rebordului alveolar, unde tumoarea avea sediul, fără ca aceasta să fi reapărut. În starea mai avansată a gravidității s'a produs însă o mobilitate extraordinară a danturii întregi, mai cu seamă a molarilor și premolarilor din aceeași regiune, o perloștită purulentă gravă, unde a trebuit să intervin din nou, făcând o incizie largă.

În cazuri de epulisuri perzistente și după naștere s'au făcut cercetări de către Clinica Stomatologică din Freiburg cu apa radioactivă. După un tratament de patru zile, un epulis de mărimea unei alune foarte dureros și sângeros, a început să se retragă tendința de sângerare a încetat, asemenea și durerile și dislocarea dinților a început să dispară. Este evidentă deci eficacitatea radiului și a emanației și în stomatologie, fapt care ar merita mai multă atențiune.

Tratamentul alterațiilor buco-dentare în graviditate este: profilactic, paliativ și curativ.

Tratamentul profilactic constă dintr-o igienă bucală riguroasă, prin dezinfectante și curățirea mecanică, apoi administrarea diferitelor medicamente cu combinații minerale pentru evitarea decalciării.

Tratamentul paliativ constă în îndepărtarea fenomenelor (nevralgii) și împiedecarea deranjurilor provocate de situația fiziologică schimbată.

Tratamentul curativ reclamă în același timp o intervenție locală și generală, adică: obturarea tuturor cariilor și decalciărilor, apoi extracția granulelor rădăcinilor gangrenoase, eventual fistulizate și reconstituirea protetică a maxilarului pentru a-i reda funcțiunea



Epulis în decursul grav.

Același epulis imediat

și 6 săptămâni după naștere.

normală. Administrarea tuturor adjuvantelor prin care organismul să fie ajutat și echilibrat.]

Tratamentul chirurgical se impune, ori de câteori o stare infecțioasă sau o jenă cauzată de tumori o reclamă. Remarcăm cât este de greșită opinia generală, care evită orice tratament, *intervenție dentară chirurgicală în decursul sarcinei*. S'a dovedit în mod elocvent inofensivitatea acestora atât asupra mamei, cât și asupra fătului.

Este adevărat, o intervenție poate să excite centrul sensibil. Este însă exclus, să se producă avortul fără ca terenul să fie deja pregătit, de o altă predispoziție. Procese inflamatorii, ca perloștite, flegmoane, impun intervenția chirurgicală imediată, pentru evitarea complicațiilor locale, resorbția toxinelor, ptoagiei, producând alterațiile de ordin general. Am amintit în introducere turburări de nutriție, accidente infecțioase și intoxicații.

Christ a tratat aceasta temă în toate amănuntele ei și a dovedit că, pentru provocarea unui avort, sau întreruperea sarcinii, avem nevoie de cauze interne sau externe. Anomaliile constituționale ale mamei, maladiile uterului, nădarea vicioasă a ovulului, malformațiile acestuia fără îndolală joacă cu mult mai mare rol în etiologia avortului — printre cauzele interne — decât un traumatism mic indirect, sau o agitație psihică cauzată prin extracția unui dinte, prin plombarea, sau prin o mică incizie. Dintre cauzele externe neîndolose traumatisme, care sunt îndreptate *direct* asupra aparatului genital, sunt mai periculoase decât acele *indirecte*, ceea ce ar fi o intervenție chirurgicală asupra aparatului buco-dentar, neavând nici o influență asupra unei sarcini normale.

Nu pot să accentuez acest fapt în deajuns, discutat în timpul din urmă cu foarte multă atențiune de autori germani, francezi, americani, și alții pentru lămurirea opiniei medicale în general, și a atrage atențiunea atât a colegilor, cât și a bolnavelor însăși, ca să reclame dănselor, și să nu se sustragă tratamentul și intervenției buco-dentare în decursul gravidității.

Actul facerii. Deși poate fi de durată foarte scurtă, totuși, întâlnim uneori împrejurări care determină în-

tervenția stomatologului. Durerea facerii produc o ocuzie puternică, ceea ce poate provoca fractura dinților fragili, iar accidental, prin aspirația buclilor fracturate, complicațiunile din partea aparatului respirator. Leziunile părților moi, mușcarea limbii și a buzelor se întâmplă foarte des, mai ales în cazurile de eclampsie, iar emoragiile în legătură cu aceste leziuni reclamă atenția serioasă, care impune eventuală sutură sau hemostază a părților lezate. Este necesar ca obstetricianul să observe dacă pacienta posedă vreo proteză dentară mobilă, în care caz să îndepărteze pentru timpul facerii, ca să evite înghițirea sau aspirarea lor, lezarea părților moi, sau înfigerea lor în gingie.

Puerperiu. Eliminându-se, prin naștere, motivul primordial al tuturor leziunilor și alterațiilor bucale-gravidice, remarcăm o ameliorare generală în starea pacientei. Deși anumite fenomene patologice persistă încă un timp în decursul lactației, totuși procesul de echilibrare este deja în curs. Lehuza este expusă însă infecției puerperale atât din partea *danturii proprii neingrijite, cât și mai mult încă din partea personalului îngrijitor.*

Aș dori ca să insist asupra acestor lucruri, care nu sunt considerate în valoarea lor serioasă. Febra puerperală în ultimul timp, grație mijloacelor de combatere, survine tot mai rar. Totuși, pe lângă cea mai exagerată grijă atât din partea medicului, cât și din partea bolnavelor, întâlnim cazurile a căror origine este aproape inexplicabilă. În asemenea cazuri, să nu uităm să examinăm pacienta și *personalul îngrijitor, din punct de vedere bucal*, cu siguranță vom găsi un focar dentar ascuns, care ne va lămurii.

Pentru explicarea acestor cazuri s'a format ipoteza autoinfecției „Selbstinfection”, care spune că flora vaginală fiziologică poate să devină patologică în urma anumitor împrejurări, acestea sunt, după Rosse, sepsa orală.

Este citat un caz izbitor în legătură cu sepsa orală. O moașă, care timp de patru ani exercita func-

țiunea ei și pe lângă cea mai scrupuloasă dezinfectie și sterilizare, a avut mai multe cazuri de infecție puerperală. Examenul cavității bucale a acestei moașe a dat un rezultat dezastruos. Abia avea 18 dinți în gură, dintre care 10 profund cariați, și alte 9 rădăcini gangrenoase netratate. Întreaga ei dantură, acoperită cu o masă cleoasă infectă, care îi produce un alina foetid, sprijinit și prin faptul, că proteza ei de cauciuc n'a mai fost scoasă din gură pentru curățire de câteva zile.

S'au făcut cercetări bacterologice foarte interesante, pentru a dovedi transmiterea acestei așa zise Tröpfcheninfektion = (infecția prin picături). Persoane cu cavitare bucală insalubră au fost puse să vorbească pe plăci cu agar-agar, înainte și după tratament: S'au luat asemenea probe de pe amprente digitale a acestor persoane. În urma cercetărilor, s'au dovedit următoarele: 1) au crescut pe mediul agar-agar stafilo — și streptococi; 2) s'au găsit germeni patogeni pe amprente persoanelor cu secreție bucală infectă; 3) după sanarea cavității bucale, o lipsă aproape totală a microorganismelor.

Astfel s'a dovedit elocvent, că personalul îngrijitor a gravidelor și lehzelor poate să fie cauza unei infecții indirecte. *Ar fi recomandabil, ca la primirea infirmierelor profesionale: moașe, surori de caritate — pentru cursuri de specializare, pe lângă examenul general ce li se impune, să li se impună și un examen bucal și tratament în consecință, pentru evitarea complicațiilor tardive la bolnavii îngrijiți de ele, provenite din cauza infecției dentare.*

Tot astfel, lehuza, care nu dispune de o stare bucală salubră, poate să fie cauza directă a unei infecțiuni fiind inevitabil contactul cavității bucale cu mâna bolnavei, care la rândul ei propagă infecția. Deci gravidele cu gura lor infectă aduc cu sine izvorul febrei puerperale, atât de temute deopotrivă de medici și bolnavi.

Societăți medicale

SOCIETATEA ȘTIINTELOR MEDICALE DIN CLUJ-SIBIU

Ședința din 13 Nov. 1942.

Ședința se ține în localul Clinicilor dela „Școala militară”, și fiind I-a ședință din anul școlar 1942/1943, este deschisă și prezidată de

D-1 Rector al Universității: *Prof. Dr. I. Hațieganu*

D-1 Rector deschizând ședința, reamintește și menționează importanța și vechimea acestei Societăți care este manifestare sub raport științific al lumii medicale de pe lângă Universitatea noastră și în acest sens, îndeamnă în special pe tineretul medical din corpul personalului științific, să activeze cât mai mult în cadrele

acestei societăți, ea constituind locul de afirmare și valorificare științifică care le asigură ascensiunea în cariera universitară. În general pentru toți acei cari dela tribuna acestei Societăți comunică sau conferențiază, făcând cunoscut descoperirile și lucrurile noi ale științei medicale, bătrâna Societate a Științelor Medicale din Cluj, constituie un semn de valorificare și afirmare științifică națională.

Urmează celelalte puncte din program:

D-1 *Prof. Dr. V. Papilian*: Dr. I. G. Russu și V. Papilian; O funcțiune nebanuită a nervilor genito-crurali (va apare sub formă de articol în revistă).

D-1 *Prof. Dr. Negru*: Câteva date anatomo-radiologice noi cu privire la articulația genunchiului. (Rezumat):

1. Glenă externă a tibiei e mai înaltă de cât cea internă, iar condilul femoral intern este realmente mai lung decât cel extern, și „in situ”, contrar afirmației anatomicștilor clasici.

2. Tibia prezintă constant în partea internă a suprafeței prespinale o fosetă și o creastă osoasă, nedescrise în anatomiiile clasice, pentru care autorul propune numele de *foseta digitală a tibiei* și *creasta medio-prespinală a tibiei*.

Ambele detalii se văd pe clișeul radiografic în poziția din profil.

Pot fi și unele aplicațiuni practice de diagnostic în legătură cu aceste formațiuni osoase.

Alte detalii anatomo-radiologice vizibile în această proiecțiune.

3. Tibia prezintă sub cele două glene o structură trabeculară particulară formată din linii arciforme transversale, grupate în trei fascicule principale.

Pe marginea radiografică aceste travee se proiectează în a. p. ca două arcuri de trăsură, formate din foi multiple, câte unul din fiecare glenă și așezate cu concavitatea în sus.

D-l Prof. Dr. Papilian subliniază importanța descrierii anatomo noi, pentru rolul static al arcurilor descrise și pentru utilitatea didactică.

D-l Prof. Dr. V. Papilian, la deschiderea discuției asupra datelor noi relevate de d-l Prof. Dr. Negru cu privire la unele particularități anatomice încă neidentificate de anatomicști la nivelul articulației și a extremității tibiei, remarcă importanța acestor descoperiri și contribuția lor la studiul anatomiei și corelației anatomo-clinice.

D-l Prof. Dr. Buzoianu și I. G. Russu: **Trombo-flebita golfului jugular și meningită otică la un același bolnav.** Asociația între o trombo-flebită a sinusului lateral și o meningită otică este întâlnită rar. Ea este totuși posibilă, ca în observația noastră următoare, pe care o vom reda în rezumat. Atât trombo-flebita sinusului lateral, cât și meningita otică luate separat, constituiesc fiecare în parte afecțiuni foarte grave. Fiecare din aceste afecțiuni izolat considerată, este suficientă să aducă singură sfârșitul letal al unui bolnav. Se înțelege deci, ce gravitate imensă are asociația meningitei otice, cu o trombo-flebită a sinusului venos lateral. Cazul care face obiectul acestei comunicări are încă o latură anatomo-clinică interesantă. N'a fost vorba de o simplă trombo-flebită obișnuită a sinusului lateral, ci a fost vorba în realitate de o trombo-flebită a sinusului lateral, a golfului venei jugulare și a porțiunii cervicale inițiale a jugularei interne respective. Acest bolnav a trebuit să fie operat în două reprize, intervenindu-se întâi pentru meningită și pentru tromboza sinusului, iar în a doua ședință operatorie, la două zile interval dela prima, s'a efectuat operația tip Grünert pentru tromboza golfului. Ajudat de sulfamide și transfuzii, bolnavul s'a vindecat. Iată în scurt operația sa clinică.

Observațiune: Un soldat, Oprea I., de 21 ani, este adus la clinica O. R. L. Cluj—Sibiu în August 1942 cu stare generală rea și cu dureri auriculare violente unilaterale. Imediat constatăm că ne aflăm în fața unei mastoidite cronice reîncălzite, asociată cu o meningită otică (Kernig pozitiv, ceafa rigidă, lichidul cefalo-rachidian tulbure). Se intervine urgent, executându-se o craniectomie timpano-mastoidiană. În timpul intervenției constatăm că ne aflăm și în prezența unei trombo-flebite a sinusului lateral. Aceasta este tratată după tehnica clasică, asociind și ligatura cervicală a jugularei interne. Examenul bacteriologic al lichidului cefalo-rachidian extras, arată că este vorba de o meningită puriformă. Cu toată sulfamida ingerată regulat, febra nu cedează. De aceea, după două zile dela prima intervenție, hotărîm să mergem la golf. Acesta este descoperit printr-o operațiune apropiată de operația tip Grünert. Jugularea cervicală este rezecată, iar golful descoperit și incizat, rămânând doar o mică ramă osoasă externă din gaura ruptă posterioară. Plaga se lasă larg deschisă. Toate fenomenele scad după a doua intervenție. Atât meningita, cât și simptomele

septicemiei trombo-flebitice dispar repede. Bolnavul a primit și două transfuzii de sânge conservat, pentru a mări toleranța la sulfamide. S'au dat câte opt grame zilnic de para-amino-fenil-sulfamidă Bolnavul s'a vindecat complet.

Se constată din observația redată că am fost în prezența unei trombo-flebite septice a golfului jugular și a sinusului lateral, asociată cu o meningită otică puriformă. Este sigur că trombo-flebita a fost afecțiunea intra-craniană primă și meningita afecțiunea secundară. Cu toate acestea în mod clinic fenomenele meningitice au fost acele care ne-au izbit întâi, ele fiind în primul aspect mai bine exprimate. În definitiv pentru ca să se formeze o tromboză a golfului, a trebuit să treacă câteva zile, timp în care nu numai trombusul s'a extins spre vena-jugulară, ci și spațiile subarahnoidiene au fost amenințate de o invadare septică. Rezultatul a fost bun deoarece nu s'a ezitat o clipă pentru terapeutică radicală: eliminarea completă a focarului septic otic, tratamentul trombozei septice a sinusului și a golfului jugular, sulfamidă în doze suficiente. Remarcăm faptul că bolnavul a trebuit să suporte două intervenții succesive, la interval de două zile una de alta. Când după o trombo-flebită sinusală febra nu cedează, obligația operatorie de a merge la golf este o datorie. Nu s'a mers dela început, deoarece jugulară în regiunea cervicală nu era trombozată la nivelul locului unde i s'a executat ligatura. În fine trebuie să mai menționăm și vigoarea fizică a bolnavului drept factor de care trebuie să ținem cont în explicarea vindecării. Se știe că de grave sunt trombozele septice ale sinusului lateral, ca și meningitele de altfel la bătrâni. Cazul pe care-l prezentăm ne arată că nu trebuie să desarmăm în a încerca o terapeutică activă operatorie și medicamentoasă, chiar în cazurile care clinic sunt foarte grave.

G. Buzoianu și G. Popovici: **Trombo-flebită a sinusului lateral cu expresiune clinică atenuată.** Trombo-flebitele sinusului lateral sunt afecțiuni infecțioase acute, care complică o mastoidită supurată. Excepțional pot surveni după o simplă otită medie, prin intermediul infecțiunii golfului jugular la nivelul planșeului casei. Expresiunea lor clinică este sgomotoasă, fenomenele simptomatice generale luând caracterul unei intense acuități. Bolnavii cu trombo-flebită a sinusului lateral, se găsesc în plină septicemie otică, febra are caracterul oscilațiilor mari zilnice, dela 39°—40° la 37°; bolnavii au frison, starea generală se alterează repede.

În general frisonul este simptomul fundamental, care impresionează anturajul, epuizează bolnavul și confirmă diagnosticul clinic. Frisonul trombo-flebitelor sinusului lateral este violent și prelungit. Uneori bolnavii sunt scuturați de senzația subiectivă de frig până peste o oră. Pentru o minoritate de bolnavi, frisonul poate fi înlocuit printr-o simplă transpirație. Orice transpirație neobișnuită după o trepanare mastoidiană, însoțită de febră, are valoarea clinică a unui semn quasi patognomonic pentru tromboza septică a sinusului lateral. Fără a insista prea mult, trebuie să notăm că trombo-flebitele sinusului lateral sunt afecțiuni grave para-mastoidiene, însoțite de o simptomatologie intensă și sgomotoasă.

Cu toate acestea pot exista și infecțiuni ale sinusului lateral cu expresiune clinică atenuată. Un astfel de caz am înregistrat în vara acestui an în clinica noastră din Cluj, instalată provizoriu la Sibiu. Observațiunea ni s'a părut importantă nu numai pentru otologiști, ci și pentru medicii generali, pentru a fi redată. Iată în rezumat despre ce este vorba:

Observațiune. Un copil de nouă ani este adus la clinică pentru dureri auriculare violente, însoțite de temperatură la 38°. Se constată un punct dureros mastoidian. De aceea se fixează

deocamdată diagnosticul de otită medie supurată acută, însoțită de reacție mastoidiană și se execută o timpanotomie largă. Era vorba de urechea dreaptă. Ajutați și de sulfamide (ambesid), febra scade complet în trei zile, durerea mastoidiană la palpare de asemeni, secreția purulentă din casă se atenuază.

A patra zi noaptea, copilul face 38,8° fără frison, însă transpiră. Febra scade apoi la 37,3°—37,8° a cincia zi. Nu se constată nistagmus. Mastoida nu e dureroasă decât la presiune accentuată și numai în dreptul sinusului. Leucocitoza este de 12.000. Clișeul radiografic arată pentru mastoida dreaptă o ușoară voalare a celulelor mastoidiene. A șasea zi dimineața copilul este operat. În mastoidă găsim o osteită întinsă a septurilor intercelulare și puțin puroiu în antru. Spre sinusul lateral nu ne duce nicio fistulă. Am fi putut lăsa sinusul acoperit, dacă n'am fi insistat inadins să-l descoperim pentru a-l controla, date fiind fenomenele clinice curioase. Chiar descoperit la început în partea lui superioară avea aspectul exterior normal. Numai după ce am ridicat corticula osoasă pe o distanță mai importantă spre vârful mastoidei, am dat peste un abces mic perisinusal și apoi am pus în evidență trombo-flebita sinusală. Operația a consistat în desobstruarea sinusului de chiagul său septic, în tamponarea lui și în ligatura jugularei în regiunea cervicală. S'au administrat câte 4 grame de ambesid zilnic. S'a executat și o transfuzie de sânge conservat. Copilul s'a vindecat.

Din observația de mai sus constatăm mai întâi că am fost în fața unei mastoidite latente, care a fost capabilă să inoculeze sinusul lateral. Fenomenele de septicemie datorite trombozei septice a sinusului, n'au avut expresiunea lor clinică obișnuită, cu frison și febră în arcușuri. Un singur acces febril a existat fără frison, datorit probabil primului contact al infecțiunii, cu cavitatea sinusului lateral. După invadarea sinusului și după consolidarea unui chiag intrasinusal, febra s'a menținut moderată.

Credem că toată această evoluție atenuată este în legătură cu tratamentul sulfamidat. Acesta a atenuat simptomele, acoperind până la un oarecare punct, gravitatea excepțională a boalei. Concluzia pe care o putem trage este aceea, de a supraveghea cu atenție reacțiile mastoidiene, care se atenuază sub influența sulfamidelor, de oare ce atenuarea poate fi trecătoare și înșelătoare, ca în cazul de mai sus. Sulfamidele nu dispensează de operațiune, când aceasta este indicată. Administrarea sulfamidelor în unele reacțiuni mastoidiene, le poate face să dispară complet, însă uneori, ca în observația noastră, efectul lor este nu numai nul, ci și înșelător. Datorită sulfamidelor, sunt astăzi observate mai puține mastoidite, după reacțiile mastoidiene, însă uneori mastoiditele acestea sunt mai intense în ce privește întinderea osteitei și în alte cazuri însoțite de complicații para-mastoidiene. Concluzia ultimă este că tratamentul sulfamidat poate oferi surprize în cursul reacțiilor mastoidiene.

Dr. Petre Radu, Dr. T. Spătaru și Dr. O. Fodor: Fistulă ceco-inghino-crurală produsă de ascarizi.

În general prezența limbricilor în intestin — este considerată ca fiind o afecțiune inofensivă, dacă peste tot se consideră drept o afecțiune — cu toate acestea sunt cazuri relatate în literatură ca fiind de o extremă gravitate.

Așa tulburările produse de paraziți când sunt în cavitatea intestinului în număr prea mare, pot produce tulburări în evacuarea conținutului intestinal, realizând sindromul ocluziei intestinale: *ileus*, (un caz mortal descris de Crowell) sau să se prezinte sub aspectul unei mase tumorale (cazul dela clin. chirurgicală din Cluj, unde s'au găsit 800 ascarizi înghemuiți și inodați), asemenea cazuri au fost descrise de Watson, Stratton, Costany, Iaroschka, Hennig, Anghel, Lewin, Parter, Onaca, Gordberger, Schlösmann, Schall,

Wathius, Zamelli, etc. Numeroase sunt cazurile mai ales la copii unde ascaridoza evoluează sub aspectul unei meningite — ori encefalite, care cedează prin eliminarea viermilor intestinali.

Ceea ce ne interesează mai mult este migrarea ascarizilor din intestin în alte organe, dar mai ales în organele cavitare: stomac, cavitatea bucală, cavitatea abdominală, uter sau vagin, precum și de-a-lungul canalelor naturale, choledoc, hepatic, căile biliare, producând diferite fenomene ca de ex.: dând sindromul iscterului mecanic, sau cholangită descrisă de Boteill, Jenny, Hortolani, Pelugrodt, Rabold, Rosenberger, Thyeri, Nowitzky, Kortzeborn, etc., abcese hepatice, Makay — ori pătrunderea în canalul lui Wirsung, — dând pancreatită, Novis, Rigby, Salrazez, Iamanchi, Pfanner sau necroza țesutului grăos, Simmonds.

În afară de cele de mai sus se mai descrie prezența ascarizilor în faringe, trachee, ba chiar și în bronșii — dând abcese pulmonare (cum este cazul dela clinica medicală I. din Cluj sau cazul descris de prof. Leon, care amintește de o fetiță de 3 ani, unde un ascarid angajat în căile respiratorii, perforază peretele bronșic la locul unui focar necrotic tuberculos și ajunge în mediastin.

La fel amintim și cazurile de ascarizi găsiți în urechia medie, antrul mastoidian, sau canalul lacrimal.

Alți autori au descris cazuri de trecere al ascarizilor prin peretele abdominal, intestinal, (Ingram, Adelheim, Degenhart, Iaroschka, Kaiserling, Kortzeborn, Zimsches, etc., dând peritonite.

Alfuva, descrie un leiomom a intestinului în care găsește un ascarid calcifiat, Lewy descrie un abces muscular la nivelul coastei a I-a în care la fel găsește un ascarid. Adelheim descrie un abces scrotal produs de un ascarid femelă, găsit mort. A. V. Reus, descrie persistența ductului omfalo-mezenteric la un copil de 2 ani. Copilul se îmbolnăvește brusc, prezentând o tumefiere și eritem la nivelul ombilical, — cu o spargere în timpul nopții. Prin plagă fistulă s'ar fi eliminat în mod intermitent 22 de ascarizi, iar prezența ouălor în conținutul canalului era în permanent.

După cum se vede din cele amintite mai sus, putem vorbi despre o migrare a ascarizilor eratici sub cele mai variate forme și în cele mai diverse organe. Nu se cunoaște încă natura acestor migrări, mai ales în parenchimul organelor, cum ar fi peretele intestinal-abdominal, și nici modalitatea de a produce fistule prin care se exteriorizează limbricul, ceea ce constituie în general o raritate.

Un fapt relatat însă de mai mulți autori este, că femelele de ascarizi sunt mai rebele și ele evadează mai des din cavitatea intestinală.

Iată descrierea schematică a cazului nostru.

Bolnavă de 45 ani, casnică. Antecedente heredo-colaterale și personale fără importanță.

Boala actuală, datează de aproximativ 10 ani, a debutat pe indelete, cu crize dureroase, localizate în fosa iliacă dr. și flancul drept. Aceste crize aveau o durată de 2—3 zile, în care timp bolnava prezenta și vărsături, după care urma o perioadă de acalmie de aprox. 2—3 săptămâni. Crizele sunt mai frecvente în timpul cald, vara. Ele nu sunt ritmate de alimentație.

Cu 10 săptămâni înainte bolnava prezintă o durere foarte mare sub formă de înțepătură în fosa iliacă și în regiunea inghino-crurală dreaptă. A doua zi această durere a cedat mult în intensitate, simțind doar niște înțepături suportabile pe traectul arcadei crurale. După 10 zile, observă apariția unei mici tumefacții în regiunea inghino-crurală dreaptă, care este însoțită de durere, căldură, tumefiere, senzație de pulsație și roșeață locală. În a 8-a zi, — deci în a 18-a zi dela criza dureroasă, — tumefierea care a ajuns la mărimea unui ou de găină se sparge, din ea se scurge un lichid murdar, compus din materii fecale și puroiu, — în care bolnava recunoaște alimentele ingerate. În a 3-a zi dela spargere,

prin fistulă se elimină 12 ascarizi, iar pe urmă, până la venirea în serviciul nostru, a mai eliminat 7, între care este și unul scos la ambulanța clinice chirurgicale.

Examenul obiectiv: Bolnava de statură mijlocie, tegumentele, ganglionii, sistemul nervos, aparatul respirator și circulator — nu prezintă nimic deosebit. Abdomenul de circumferință normală, flasc, cu vergeturi, la palpare sensibilitate accentuată în fosa iliacă dreaptă. La nivelul regiunii inghino-cruale se observă 3 orificii mici, prin care se scurge un lichid murdar și fetid. La palparea acestei regiuni se simte o indurație circulară și un cordon paralel cu arcada crurală — care este dur și sensibil.

Examinări de laborator: Urina galbenă, clară, — albumină, puroiu, zahăr, negativ. Aciditățile gastrice prezente. Examenul hematologic: hematii 3 400.000, hemoglobină 80, val. globulară 1. Tabloul sanghin: polinucleare neutrofile 58%, limfocite 27%, monocite 8%, eosinofile 7%. Viteza de sedimentare după 2 ore 8 diviz

Examenul coprologic: în materiile fecale și în conținutul eliminat prin fistule — ouăle de ascarizi prezente

Examenul radiologic: Stomac, duoden normal. După 8 ore bariu în ultima porție a ileonului, cec ascendent. Dela cec se observă un traect umplut cu o substanță opacă, dinapoi înainte, apoi în jos și înainte. Cu ajutorul irigoscopiei și cu injecția fistulei cu substanță opacă nu se poate observa traectul fistulei. După metoda Taeppa apendicele nu se umple.

În rezumat, cazul de față prezintă o fistulă ceco-inghino-cruală, determinată de ascarizi.

Diagnosticul cauzal al unei fistule atât din punct de vedere clinic, cât și din punct de vedere chirurgical, constituie una din probele cele mai dificile. În cazul nostru aceasta s'a făcut cât se poate de ușor prin pasaj și clismă cu bariu și evoluția boalei.

Asupra patogenezei ne putem pronunța însă mult mai greu, acolo unde mucoasa intestinală este intactă, pătrunderea ascarizilor este imposibilă. În leziunile mucoasei intestinale — ulceratii, datorite fie unor inflamații nespecifice sau specifice: tbc, disenterie, colitele cronice, tumorile, etc. — ascarizii prin mișcările de sfredelire pot pătrunde în peretele intestinal.

Mai des apendicitele flegmonoase sau gangrenoase, ori cele subacute, unde peretele este inflamă, pot facilita pătrunderea ascarizilor prin sfredelirea peretelui în peretele abdominal, dând perforații, — așa Schlössmann susține că 3% din apendicitele perforate ar fi datorite ascarizilor, găsindu-le la intervenția chirurgicală în cavitatea abdominală.

În cazul nostru, deoarece bolnava acuză dureri sub formă de crize abdominale, localizate în flancul drept și fosa iliacă dreaptă, ar putea fi vorba de o apendicită cronică perforată de ascarizi sau dela sine și închistată, (un caz descris de Freudenthal), iar pe urmă parazitul prin mișcările vii de sfredelire să fi pătruns în musculatura peretelui abdominal, unde se produc abcese (cazul lui Levy).

În cazul nostru presupunem că după perforație parazitul prin mișcările de sfredelire a străbătut peritoneul, fascia transversalis, și a ajuns la marginea inferioară a oblicului — în igheabul arcadei crurale, — iar de-a-lungul ei ajunge în regiunea inghino-cruală, unde se exteriorizează, producând fistule.

În ce privește diagnosticul diferențial, ne-am gândit la toate afecțiunile ulcerative specifice și nespecifice, mai ales tuberculoza și cancer, dar prin analizele făcute asupra cazului ca: radiografia tubului digestiv, viteza de sedimentare a globulelor roșii, tabloul sanghin ne-au ajutat ca să eliminăm afecțiunile de mai sus și am ajuns la concluzia că este vorba de o apendicită, fie perforată anterior, fie perforată de ascarizi, ținând seamă și de antecedentele și de evoluția boalei semnalată de bolnavă.

Sedința din 28 Nov. 1942

Prezidează D-l Prof. Dr. Teșosu Emil

Prof. Dr. Popoviciu, Dr. E. Mihalca și Dr. O. Pop: Sulfatiazol și sulfapiridină în tulburările de nutriție alimentară și în disenteria copilului de sân și mai mare.

Bolile acute ale tubului digestiv constituiesc un capitol foarte important în patologia infantilă prin numărul lor mare în timpul verii, prin apariția lor în primele luni de vârstă cât mai ales prin pronosticul lor care de multeori e foarte grav. Tratamentul lor până în prezent era aproape exclusiv dietetic, fără să asigure în toate cazurile vindecarea. Cercetările noastre mai vechi cu regim de morcovi cruzi rași și mere rase, deși au fost cu foarte bune rezultate nu ne asigurau reușita în cazurile toxice — (toxicoze și dizenterii forme toxice). Se simțea deci lipsa unui medicament suveran în tratamentul acestor afecțiuni ale tubului digestiv.

Lawrence, Ramelkamp și Jewell, Lopez Cardozo, Cooper și Keller, Strickel și Gärtner au demonstrat prin experiențe în vivo și vitro că sulfamidele în special sulfapiridina și sulfatiazolul împiedică înmulțirea bacteriilor, și că uneori au chiar o acțiune bactericidă netă.

Alți autori în frunte cu Görlitzer prin aplicarea clinică a sulfatiazolului și sulfapiridinei, în enterocolite și dizenterii, au obținut rezultate satisfăcătoare. La noi în țară s'au publicat recent de asemenea rezultate bune de către Stroe-Bruckner și Mihaiu. Clinica noastră, încă din anul trecut, a observat efectul bun și prompt al preparatelor sulfamidate în dispepsiile parenterale, cât și alte tulburări digestive.

În urma acestor observațiuni, am urmărit deaproape și am aplicat pe o scară întinsă sulfamidele în tulburările digestive infecțioase, dizenterii, enterocolite, febră tifoidă, etc. S'a și publicat de către Clinica noastră rezultatul obținut prin tratamentul cu sulfapiridină, Dagenan și Eubasin în dizenterii. Cercetările noastre începute încă în anul trecut au fost intensificate în decursul verei anului 1942 — administrând aproape la toate cazurile de tulburări digestive infecțioase și alimentare, dizenterii entero-colite, febră tifoidă, etc. Dintre sulfamide am folosit în special sulfapiridină (Dagenan, Eubasin) și sulfatiazolul (Eleudron) preparate după cari am obținut rezultatele cele mai frumoase.

Pe lângă tratamentul dietetic corespunzător aplicat până acum, am administrat sulfapiridină sau sulfatiazol în total la 109 copii. Repartiția cazurilor de boli a fost următoarea: 17 dispepsii ușoare, 29 dispepsii grave, 6 toxicoze, 58 dizenterii.

Dacă luăm separat dizenterii și separat tulburările digestive ușoare și grave, avem 2 grupe distincte. În prima categorie a tulburărilor digestive grave și ușoare, copiii erau în majoritate între vârsta de sub 1 an (32), 1—2 ani (18), iar între 3—7 ani 2, în total 51 cazuri. (Foile de observ. I).

Tratamentul lor s'a făcut pe lângă regimul dietetic cu ceaiu, mere rase, morcovi rași, cruzi, afine crude pasirate, supă moro, etc., cu Dagenan sau Eleudron, zilnic 2—3—4 tablete sau chiar mai mult, în doze fracționate ($\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{4}$ sau $\frac{1}{8}$) și repartizate pe întreg intervalul de 24 ore. Tabletele astfel fracționate și disolvate se administrău cu lichide abondente de preferință alcalinizate (ceaiu cu bicarbonat de sodiu), pentru a preîntâmpina vărsăturile. Afară de acestea pentru o mai bună tolerare a sulfamidelor s'au făcut injecții de sânge tot la 2 zile, preparate de ficat și în cazurile foarte grave, toxice cu deshidratare excesivă infuzii subcutanate și intravenoase de ser glucozat, ser fiziologic și chiar transfuzii de sânge.

Sângele pentru transfuzie a fost recoltat și pregătit la Institutul de Fiziologie după procedeul Prof. Benetato căruia îi aducem cele mai călduroase mulțumiri pentru colaborarea largă și desinteresată și pentru faptul că ne-a dat posibilitatea ca în acest an să putem aplica pe o scară mai largă transfuzia sanghină.

Durata administrării a fost de 5—6 zile în formele ușoare și de 8—10 zile în formele grave. După cedarea temperaturii și reducerea scaunelor, doza de sulfamidă se reducea zilnic treptat.

Activitatea acestor substanțe sulfamidate se manifestă prin:

1. Modificarea scaunelor ca număr și consistență, în sensul că ele scad dela 10—12 în medie, uneori 25—30 la 4—5 încă în primele 24 ore după începutul tratamentului, în consistența lor se schimbă, mucozitățile diminuând până la dispariție, iar culoarea și aspectul se apropie de cel normal.

2. Vărsăturile au fost de asemenea influențate în special de Eleudron care se știe că este mai bine tolerat.

3. Influența sulfapiridinei și sulfatiazolului asupra curbei febrei a fost netă, scăderea temperaturii s'a obținut în cele mai multe cazuri după 24 ore sau cel mult între 2—5 zile în formele mai grave.

4. Asupra fenomenelor toxice, nervoase se observă în cele mai multe cazuri o influență promptă, încă din primele ore de tratament. Somnolența, vocea stânsă, aspectul faciesului de intoxicat, refuzul lichidelor, diminuează rapid spre ameliorare și vindecare.

Prin aplicarea acestui tratament a cărui bază o forma sulfapiridina și sulfatiazolul am reușit să scădem mortalitatea prin turburările digestive estivale la cifre infime de 1,9% față de mortalitatea excesivă anterioară de 50—60%. În dispepsiile ușoare și grave am avut vindecări sută la sută, fără să pierdem niciun caz. Din grupul toxicozelor am pierdut un singur caz și acela a unui copil de 3 luni, atrofic și care s'a complicat cu bronhopneumonie. Mortalitatea enormă din toxicoze de 70—80% am reușit să scădem până la 16,6%. Chiar în țările occidentale mortalitatea prin toxicoză era înainte peste 50% și aceasta în cazul când se prezentau la tratament chiar la începutul bolii.

Din grupul desinteriilor au fost tratate cu sulfapiridină (Dagenan) sau sulfatiazol (Eleudron) în total 58 copii, din care 20 sub 1 an, 28 între 1—2 ani, 9 între 3—7 ani și 1 singur caz între 8—12 ani. În aceste cazuri baza de tratament a fost preparatul sulfamidat respectiv, asociat cu regimul dietetic corespunzător. Doar dozele erau ceva mai ridicate ca în turburările digestive, mai ales în cazurile grave, unde se mai administra bacteriofag și ser antidizenteric și un tratament simptomatic adecvat.

Cantitatea totală de sulfapiridină sau sulfatiazol administrat varia după felul și gravitatea cazului. Se administra zilnic 0,10—0,20 gr. de sulfapiridină sau sulfatiazol pe kg greutate, până la amendarea fenomenelor (îmbunătățirea scaunelor cantitativă și calitativă a stării generale, dispariția febrei și a stării toxice). Dacă ameliorarea apărea după 1—2 zile, doza zilnică sulfamidă era scăzută la $\frac{1}{2}$ apoi după alte 2 zile la $\frac{1}{4}$ doză care se continua alte 2—3 zile până la vindecarea completă. În cazurile de recidivă cantitatea zilnică din sulfamide era crescută cu $\frac{1}{3}$.

În urma acestui tratament am obținut o reducere a mortalității în dizenterii până la 3,4% față de mortalitatea mare ce exista în trecut; cazurile pierdute au fost copii sub 1 an, vârstă la care gravitatea bolii este excepțională, veniți în Clinică după 1—2 săptămâni de boală și sucombând a doua zi după internare. În general în toate cazurile de dizenterii s'au observat o vindecare rapidă în 3—4—5 zile în formele ușoare și 7—10—12 zile în formele grave, obținându-se treptat îmbunătățirea stării generale, scăderea scaunelor, dispariția vărsăturilor și a tenesmelor, scăderea febrei și ameliorarea stării toxice.

N'am observat niciun accident și nicio intoleranță. Vărsăturile care se iveau uneori numai după Dagenan, cedau după fracționarea dozelor și administrarea de lichide abundente și alcalinizate.

În concluzie, datele noastre arată rezultatele foarte bune obținute prin administrarea sulfapiridinei sau a sulfatiazolului pe

lângă regimul alimentar în turburările digestive și dizenterie. Ele produc o vindecare rapidă, sunt perfect tolerabile și nu exclud asocierea lor cu alte tratamente.

Prof. Dr. Popoviciu: Contribuțiuni românești în pediatrie și puericultură (apare ca articol în rev.).

Prof. Mihail: Refacerea fundului de sac conjunctival inferior cu expunerea unui procedeu personal de reconstituire autoplastică printr'un labon jugal răsfrânt conjunctivallizat.

Aduce mulțumiri d-lui Prof. Manolescu pentru posibilitatea ce i s'a dat de a lucra în clinica D-Sale la București în anul acesta.

Expune mai multe forme de leziuni anatomo-patologice e de lipsă ale pleoapei inferioare și pentru fiecare câte un procedeu chirurgical personal — (apare sub formă de articol în rev.).

Prof. Dr. Țeposu și A. Togănel: Două cazuri de anomalii ureterale. Prezintă două pielografii cu dedublare reno ureterale (apare în articol).

Prof. L. Daniello și Asist. Dr. N. Bumbăcescu: Considerațiuni în legătură cu perforațiile cavitare prin distensiune după secționare de aderențe intrapleurale. Într'un articol apărut în 1939 în Revue de la Tub. am atras atenția asupra unui accident curios survenit în cursul tratamentului cu pneumotorace completat prin rezecție de aderențe intrapleurale. Acest accident, care mai fusese semnalat o singură dată în literatură de doi autori francezi, P. Jacob și Sulzer, consistă în perforația spontană a unei caverne datorită unei distensiuni endocavitare consecutivă creșterii presiunii gazoase din interiorul ei. Această distensiune nu poate fi explicată altfel decât printr'un mecanism de supapă care se produce în bronșia de drenaj.

În cazurile noastre apariția acestui mecanism este favorizată prin modificările survenite în statica și dinamica plămânului de pe urma rezecției aderențelor.

Accidentul de care ne ocupăm prezintă un interes atât din punct de vedere fiziopatologic, cât și din punct de vedere prognostic și terapeutic. Având recent ocazia să observăm un nou caz din acest fel, ne permitem să-l relatăm aici pe scurt, mai ales că accidentul de care ne ocupăm este încă foarte puțin cunoscut chiar în cercurile specialiștilor.

Este vorba de bolnava A. M., în etate de 22 ani, căreia i se institue un pneumotorace terapeutic la sfârșitul lunii Iunie a. c. pentru o leziune cavitară a lobului superior drept. Se realizează un colaps incomplet, lobul superior fiind fixat de peretele toracic printr'un sistem de aderențe membranoase ce se inseră chiar la nivelul cavernei. Colapsul fiind ineficace, se decide să se completeze prin operația lui Iacobaeus, care se practică în doi timpi, la 23 Iulie și 15 August, secționându-se toate aderențele. După intervenție se observă o cădere importantă a lobului superior fără să se obțină în același timp și o tendință de colabare a cavității. Dimpotrivă, aceasta ia o formă sferică și în cursul săptămânilor ce urmează își mărește volumul, realizându-se astfel sindromul radiologic al distensiunii cavitare.

Având în vedere pericolul unei perforații, pe care o știam posibilă în asemenea cazuri, am încercat s'o prevenim, producând o îngroșare a pleurii viscerale printr'un proces inflamator realizat cu ajutorul unor injecții de sanocrizină în pleură. După aceste injecții s'a produs o moderată exudație pleurală, fără să se influențeze caverna, starea bolnavei menținându-se nemodificată.

În ziua de 16 Octombrie temperatura bolnavei se urcă la 38, iar în ziua de 17 după un acces de tuse bolnava simte o durere sub formă de junghiu în emitoracele drept, urmată de senzația de lipsă de aer și sufocație. La examenul clinic se constată: o dispnee pronunțată, cianoză, puls frecvent, iar la cel radiologic un colaps aproape total al plămânului drept cu o turtire pronunțată a cavernei, deplasarea mediastinului și o creștere considera-

LABORATOARELE AMIDO

A. BEAUGONIN, Pharmacien, 4, Place des Vosges PARIS (arr)

PRODUSELE	INDICAȚIUNILE	FORMELE
AMIDAL Amidon parafinat și fermenți lactici	Enterite Diaree Disenterie	Pulbere Comprimate Cachete
BACKERINE Fermenți selec. și săruri magneziene	Eplutome Carcinome Sarcome	Fiole
GÉNATROPINE Polonovski et Nitzberg	Iperchlorhidrie Spasme digestive Vomități, colici, diaree	Picături Granule Fiole
GÉNÉSÉRINE Polonovski et Nitzberg	Atonie vezicală Ipo-aciditate gastrică Sindrom solar Tachicardie nervoasă Simpaticotonie Atonie intestinală	Dragee Granule Picături Fiole
GÉNHYOSCIAMINE Polonovski et Nitzberg	Dureri abdominale, dureri spasmodice ale stoma- cului și ale intestinului, spasme ale pilorului, hiperaciditate gastrică, etc. Chorea, Tremurături mercuriale, Tremurături de cauze diverse. Delirium tremens.	Picături Granule Fiole
GÉNOSTHÉNIQUE Polonovski et Nitzberg	Neurastenle, Astenle Stări de depresie nervoasă Surmenaj Convalescență	Picături Granule Fiole
GÉNOSTRICHNINE Polonevski et Nitzberg	Paralizle, Astenle Neurastenle	Fiole Granule Picături
SED'HORMONE Dibromcholesterol	Excitație Insomnie Nervozitate	Dragee

L i t e r a t u r ă l a c e r e r e

Depozit permanent:

„DROGUERIA STANDARD“ S. A. R., Str. Sf. Ionică Nr. 8, BUCUREȘTI I.



NICOTILAMID

Merck

este din punct de vedere chimic amida curată a acidului nicotinic, deci factorul antipelagros al complexului de vitamină B₂. Se găsește în comerț sub forma de tablete à 0,2 gr. și fiole à 0,1 gr. (în ambalaje cu câte 10 bucăți). În afară de pelagră s'a impus în enterocolitele cronice, dispepsii rebele, turburări de rezorbție a grăsimilor, catarul razelor, turburări sulfamidice, dermatoze însoțite de suprasensibilitate la lumină, etc.

E. Merck

DARMSTADT - FABRICĂ DE PRODUSE CHIMICE - FONDATĂ 1827

Reprezentanța: CHIMIROMAN, București I, Strada T. G. Masaryk Nr. 32.

bilă a exudatului pleural. Temperatura în după amiaza zilei se ridică la 41.

După evacuarea a 500 cc de gaz și administrarea de cardio-tonice dispneea bolnavei cedează și în curs de 10 zile temperatura scade litic pentru că să treacă într-o subfebrilitate. Starea generală a bolnavei se reface. Tusea, care înainte era foarte chinuitoare, diminuează foarte mult. La controlul radiologic se observă un colaps și mai complet al bontului pulmonar și o turtire totală a cavernei, urmată de dispariția ei. Controlul bacteriologic al lichidului pleural ne arată că este vorba de un empiem bacilar fără infecție supradăugată.

Mecanismul de producere al distensiunii cavitare în acest caz credem că poate fi explicat printr-o cudură a bronșiei de drenaj în urma căderii lobului superior, foarte infiltrat, survenită după rezecția aderențelor. Prin această cudură permeabilitatea bronșiei a fost parțial întreruptă, aerul pătrunzând în cavitate cu ocazia violentelor chinte de tuse, dar neputând ieși din ea în timpul expirației. Ruptura peretelui cavitare a fost favorizată de sigur și de împrejurarea că această cavernă era recentă și țesuturile pericavitare cazeificate erau foarte friabile.

În cazul de față perforația cavernei n'a avut un efect prea defavorabil asupra evoluției bolii.

În ce privește starea plămânului, se poate chiar spune că ea a fost ameliorată prin acest accident, întrucât s'a realizat un colaps total cu dispariția imaginii cavitare. Empiemul bacilar consecutiv este o complicație care poate să aibă un prognostic destul de bun. Nu totdeauna evoluția după asemenea perforații este la fel, căci am avut ocazia să observăm un caz la care după acest accident s'a produs un empiem suprainfectat foarte grav și care a dus în scurt timp la moartea bolnavului. Această evoluție malignă se pare însă că se produce mai rar, căci în cele 4 cazuri observate de noi am constatat-o numai odată.

Cunoașterea acestui accident este importantă și din punctul de vedere al indicațiilor pentru rezecția aderențelor în pneumotorace. În toate cazurile de caverne voluminoase suspendate ale lobului superior, trebuie să contăm pe eventualitatea unei cudurii bronșice prin căderea lobului și posibilitatea distensiunii imaginii cavitare, urmată sau nu de perforație.

Credem totuși că o renunțare la rezecția de aderențe în asemenea cazuri nu poate constitui conduita optimă, fiindcă prin această secționare în 98,5% a cazurilor se obține o ameliorare a colapsului, urmată de închiderea cavelor.

Nu ni se pare deci justificat să privim de acest avantaj numeroși bolnavi numai fiindcă 1,5% din cazurile operate fac perforații cavitare, care nu sunt nici ele totdeauna defavorabile evoluției ulterioare a bolii.

G. Buzoianu, G. Popovici și Săbăduș: Meningită otică labirintică. Trepanarea labirintului și sulfamidă urmată de vindecare (cu prezentare de bolnav). Cazurile de meningită otică vindecate azi prin ajutorul operațiunii focale asociate cu sulfamidoterapia, au început a fi curențe. Totuși meningita otică rămâne încă, cu toate imensele progrese terapeutice înregistrate în acest capitol de patologie, o afecțiune foarte gravă. Pe când însă înaintea sulfamidoterapiei șansele de vindecare erau nule ori foarte mici, azi aceste șanse există într-o proporție importantă de cazuri. Pe când înainte de epoca anului 1937 în fața unei meningite otice septice chemam familia și rugam să ia bolnavul acasă, fără a îndrăzni să-i facem prea mult din punct de vedere medical, azi suntem îndrituiți a opera și trata medicamentos astfel de bolnavi chiar dacă ei se află în comă. S'au înregistrat vindecări în adevăr miraculoase, în care unii meningitici și-au revenit chiar din comă. Vindecarea meningitelor otice este în prezent o problemă terapeutică ce trebuie să rezolve două elemente:

să elimine focarul otic inoculant al spațiilor subarahnoidiene să realizeze liza bacteriană a microbilor cauzali.

Prima acțiune se realizează executând o craniectomie timpano-mastoidiană asociată sau nu cu trepanarea labirintului după cum infecția s'a propagat ori nu la meninge prin intermediul labirintului.

A doua acțiune consistă în a administra în doze suficiente sulfamida necesară antimicrobiană.

Cazul care face obiectul acestei comunicări se referă la un bolnav N. D., în vârstă de — ani, care a prezentat o meningită otică labirintică și la care infecția otică și labirintică a fost realizată de pneumococcus mucosus. Operația focală executată a fost craniectomia timpano-mastoidiană și trepanarea vestibulo-cocleară. Sulfamida administrată a fost dăgenanul și eubasinum, în doza de opt grame zilnic. Scăderea temperaturii s'a produs imediat după trepanarea labirintului, ca prin minune, cu toate că înainte încă de această trepanare bolnavul lua sulfamide în doze masive. S'a administrat sulfamida antipneumococică, deoarece agentul patogen în cauză era pneumococcus mucosus. El a fost pus în evidență pe un frotiu luat din secreția timpanală. Meningita a atins forma puriformă fără ca agentul patogen să fi pătruns încă în lichid.

Fără a intra în amănunțime asupra observației acesteia clinice, putem spune că prezenta mai multe elemente interesante, cu deosebire din punctul de vedere otologic;

1. Otita bolnavului a fost foarte puțin exprimată clinic; după paracenteză abia dacă mustea o ușoară secreție timpanică în conduct.

2. Nu prezenta fenomene mastoidiene cu toate că la intervenție osul era prins într'un proces de osteită întinsă, așa cum se întâlnește uneori în mastoiditele cu mucosus.

3. Fenomenele labirintice au survenit brusc prin simptome de distrucție labirintică concomitente cu apariția semnelor meningitice.

Această latență clinică a fenomenelor oto-mastoidiene, concordă cu cele ce știm despre mucosus care este un microb osteofil, insidios, însă extrem de periculos pentru ureche.

De asemeni observația aceasta arată ce importanță considerabilă are eliminarea operatorie a focarului septic inoculant, într-o meningită otică. Căci deși bolnavul lua sulfamidă în doză suficientă încă înainte de apariția sigură a meningitei, aceasta nu a cedat brusc și definitiv decât cu trepanarea labirintului.

Meningitele otice labirintice nu sunt prea des întâlnite. În clinica noastră din Cluj am înregistrat câteva cazuri dintre care trei au fost publicate. În refugiu este primul caz de meningită labirintică până în Octomvrie 1942. Meningitele extra-labirintice sunt mai frecvente deoarece cauzele extra-labirintice care pot inocula spațiile subarahnoidiene sunt multiple. Și într'un caz și în altul, vindecarea este astăzi posibilă, cu toată gravitatea afecțiunii, ținând cont însă de anumite reguli de tratament pe care în prezent otologii le cunosc destul de bine.

Asistent Dr. Victor Mărtoiu: Tehnica și instrumentar original de laparoscopie cu endoscop modificat. Dacă razele Roentgen au rezolvat complet semiologia scheletului osos, dacă ne declarăm mulțumiți cu ceea ce ne oferă în patologia toracelui, mai ales dela perfecționările radiologice seriscopice sau tomografice, nu tot astfel ne vine în ajutor în punerea diagnosticului suferințelor organelor abdominale.

Aici, în afară de afecțiunile tubului digestiv, caracterizate printr-o lipsă sau surplus de țesuturi în lumenul gastro-intestinal, precum și de litiaza căilor biliare, Roentgenul nu ne mai spune nimic. Rămâne în afară, pentru a da numai rareori indicații vagi, toată patologia ficatului, splinei, peritoneului, a micului bazin, etc. Am luat de exemplu Roentgenul, ca fiind unul din mijloacele de diagnostic cele mai perfecte, considerat din toate punctele de vedere, până astăzi, și totuși, care e departe de a rezolva semiologia abdominală.

Drept consecință a acestui fapt, a fost desvoltarea extraordinară a laboratorului prin examinările bazate pe devierea funcției dela normal a organului lezat. Cu alte cuvinte, plecând dela funcțiune, prin deducție indirectă, să-ți dai seama de leziunea patologică a organului. Dacă pentru fiecare funcție ar corespunde o anumită leziune anatomică, și invers, semiologia ar fi foarte simplă. E destul însă, să amintesc, că un icter poate fi cauzat de afecțiuni anatomo-patologice numeroase și cari pot fi extrem de deosebite când ieși în considerație evoluția, tratamentul și prognosticul. Este foarte adevărat că sunt și boli caracterizate numai prin tulburări funcționale, dar acestea sunt o excepție.

În această ordine de idei, cari traduc insuficiența semiologiei abdominale, am crezut util a relua problema laparoscopiei, adică a metodei de privire directă în abdomen a organului lezat cu un instrument special.

Pentru prima oară a fost aplicată de Kelling în 1902, la câini. Apoi, în 1911, recomandată de Jacobaeus în examinarea abdomenului ascitic la om. Metoda n'a avut soarta toracoscopiei preconizată tot de Jacobaeus. De ea s'au ocupat foarte puțini autori: Rinou în 1913, Roccavilla în 1920, Steiner în 1924, v. Zollikofer în 1924, Korbischen în 1927, Stoelze în 1931, Heming și Mancke. În ultimul timp a contribuit mult la progresul laparoscopiei Prof. Kalk (Berlin).

La noi, problema laparoscopiei este necunoscută atât practic, cât și în literatură.

Evoluția acestei metode a fost barată, în primul rând de marea teamă a medicilor în a perfora peretele abdominal, de imperfecțiunile tehnice întrebuintate, cât și de necunoașterea sau mai exact de neluarea în seamă a contraindicațiilor abdominiscopiei.

Metoda utilizată de toți autorii este de a crea în primul timp un pneumo-peritoneu, până la destinderea peretelui abdominal și, în timpul al doilea, introducerea instrumentului. Crearea acestui pneumo-peritoneu comportă ea însuși, deseori, anumite riscuri, fără a ne scuti de cele cauzate de perforarea instrumentului de endoscopie prin peretele abdominal. Pentru aceste motive am imaginat o metodă de tehnică specială, servindu-mă în execuție de un instrumentar, care în împrejurările de astăzi nu am putut să-l realizez chiar așa cum l-am conceput.

Principiul metodei — 1. Se face tracțiunea peretelui abdominal, dinafară și înainte cu un mijloc ce va fi expus mai la vale.

2. În momentul tracțiunii se creiază în cavitatea abdominală o presiune negativă.

3. În acest moment se pătrunde, chiar în vecinătatea locului de tracțiune, cu un trocar special găurit până la vârful de înțepare, și care, în momentul când acesta a străpuns peritoneul, aerul dinafară năvălește înăuntru, absorbit de presiunea negativă. Se petrec dintr'odată două fapte: a) depărtarea peretelui abdominal de masa anșelor intestinale, cu eliminarea riscului de a le înțapa, b) se creiază spațiu, sau așa zisul „câmp vizual”, pentru endoscopie.

Descrierea aparatului. — Se compune din trei părți: un tirbușon, un trocar special și aparatul de endoscopie.

1. Tirbușonul e făcut din sârmă de oțel, având 4 spirale, la câte 1 cm. depărtare una de alta și de 3 cm. în diametru. Aceasta este mărimea mijlocie. Tirbușonul e montat la un mâner articulat. Acest tirbușon se poate construi în diferite dimensiuni, proporțional cu grosimea peretelui abdominal. Mânerul este articulat la mijloc, pentru ca să se poată prinde și înșuruba mai ușor, atunci când îl introducem în peretele abdominal.

2. Trocarul este compus din două piese, o țeavă de metal, a cărei grosime poate varia dela 0,4 cm. până la 1 cm., iar lungimea mijlocie fiind de 15 cm. La extremitatea care pătrunde în peritoneu e tăiată puțin oblic, pentru a se mări suprafața de endoscopie, iar la cealaltă extremitate prezintă un dispozitiv de adaptare și fixare la aparatul de endoscopie. Are pe o margine un

șanț rezervat tijei care poartă becul ce pătrunde până aproape de extremitatea internă; mandrenul sau trocarul propriu zis, de mărimea corespunzătoare țevei, depășind-o în lungime cu 2 cm. Este găurit pe mijloc canalul, deschizându-se imediat lângă vârf.

3. Aparatul de endoscopie se compune dintr'un sistem optic de lentile, un bec minuscul fixat în vârful unei tije metalice, o piesă centrală, la care se montează pe rând tijea cu becul electric, sistemul optic, țeava care trece prin peretele abdominal și sursa electrică (o baterie cu 2 volți).

Aparatul acesta este aproape același ca un rectoscop de proporții mai reduse. Când posibilitățile vor permite, voi realiza aparatul cu totul deosebit și care cred că va fi cu mult mai practic.

Descrierea tehnicii Pregătirea bolnavului. Se purghează cu o zi mai înainte sau, cel puțin, se face o clismă evacuatoare în ziua de examinare. Se caută prin aceasta să se evacueze nu numai materiile fecale, cât mai ales gazele, care destind anșele și balonează abdomenul, făcând dificilă crearea presiunii negative în cavitatea peritoneală prin tracțiunea peretelui.

Alegerea locului de pătrundere nu este indiferentă. În abdomen, procesele patologice inflamatorii sunt în majoritatea absolută a cazurilor pe partea dreaptă: cholecist, pilor, duoden, apendice. Posibilitatea de a întâlni aderențe, cea mai mare contraindicație a laparoscopiei, este deci în flancul și fosa iliacă dreaptă. Se va pătrunde în stânga liniei mediane, pentru ca de aici să îndreptăm țeava spre locul de examinare. Trebuie să mai ținem cont, jos, de artera epigastrică, iar sus de prelungirea arterei mamare.

Anestezia locală cu novocaină 1,5%, introducându-se după necesitate, în toate straturile inclusiv peritoneul. La bolnavii nervoși, e bine să se dea înainte cu 1/2 oră un calmant (Dilaudid).

Timp I. Se apucă tirbușonul cu mânerul indoit din articulație și se începe a se înșuruba în perete, la locul ales, mergând astfel, ca un tur complet de spirală să intre sub aponevroză.

Timp II. Se face extensia mânerului, se prinde și se tracționează relativ puternic înainte. În acest timp se apucă trocarul și se pătrunde exact în mijlocul spațiului delimitat de spirale. Tegumentele opun de obicei o rezistență destul de mare, de aceea e bine, ca mai întâi, să se facă o înțepătură cu un vârf de bisturiu, pentru trocar cât și pentru tirbușon. În momentul, când vârful trocarului a pătruns prin peritoneu, ai senzația „de dat în gol”, simultan producându-se o pătrundere a aerului atmosferic absorbit de presiunea negativă. Se scoate mandrenul și atunci aerul pătrunde și mai mult, până la egalizarea cu presiunea atmosferică.

Timp III. După scoaterea mandrenului rămâne țeava în peretele abdominal, se prinde de extremitatea rămasă înafară, se introduce prin ea tijea și becul și se montează apoi la aparatul de endoscopie.

Timp IV. Examinarea. Ce se poate vedea? Ficatul, stomacul, epiploonul, colonul, intestinalele, și toate organele din bazin, vezică, uter, trompe, ovar.

Dela locul de pătrundere putem îndrepta aparatul în toate direcțiile și la orice profunzime permisă de lungimea lui și de situația anatomică.

Diagnosticul afecțiunilor abdominale bazat pe această metodă, necesită o bună cunoaștere a anatomiei patologice pe viu, precum și o oarecare experiență. Deoarece sunt la începutul acestei metode, voi reveni mai târziu cu date noi.

Laparoscopia pare multora o metodă de diagnostic cam brutală. Nu trebuie însă să se uite că este perfectă, ea tinzând a egala laparatomie exploratoare cel mai eroic și ultim mijloc de diagnostic.

Nu avem pretenția de a scoate din uz razele Roentgen sau reacția Takata...

Endoscopia peritoneală aplicată acolo unde trebuie, când prin celelalte mijloace nu ajungem la un rezultat, și aplicată cum trebuie, aduce servicii de necontestat semiologiei abdominale.

G. Buzoianu și G. Popovici: Crico-traheotomie pentru fragment de grenată pătruns în peretele laringean posterior. Prin intermediul crico-traheotomiei autorii au extras din peretele posterior al laringelui un fragment metalic de grenată, inclavat în acea regiune în urma unui accident de explozie. Corpul străin metalic avea o vechime de trei săptămâni. Pătrunderea lui s'a făcut prin intermediul unei plăgi cervico-laringeene, cicatrizată în momentul intervenției executate pentru extracție. La trei săptămâni după fixarea sa în regiunea subglotică, sub mucoasa laringelui în contact cu partea posterioară a cricoidului, s'au produs fenomene de subafixie. Intervenția s'a executat de urgență. Calea naturală a fost inoperantă din cauza edemului accentuat al hemilaringelui corespunzător. Cu toate că bolnavul nu acuză nicio jenă la deglutiție, s'a găsit timpul necesar înaintea crico-traheotomiei, de a i se face o radiografie de profil, în timpul unui pasaj cu bariu. Clișeul obținut a confirmat datele clinice în ce privește prezența corpului străin la nivelul părții laringean posterioare. Urmările post-operatorii după crico-traheotomie au fost perfecte. Canula a fost scoasă definitiv a șasea zi, fără niciun accident ulterior.

Dr. V. Gavrilă: Cranioplastie cu grefon costal.

Sedința din 12 Dec. 1942.

Prezidează d-l Prof. Dr. Cr. Grigoriu.

Prof. Dr. Negru: Despre unele particularități ale aspectului radiologic al vertebrelor normale și explicarea lor.

Prof. Dr. Negru și D-ra Ch. Stoian: Un caz de artrită mutilantă.

Prof. Dr. Negru: Despre unele particularități ale aspectului radiologic al vertebrelor normale și aplicarea lor.

Ovalele sub forma cărora se proiectează fețele superioară inferioară ale corpului vertebral au următoarele particularități:

Fiecare oval are o jumătate de contur format din o linie curbă *groasă* și cealaltă din o linie *subțire*. Explicația: este groasă acea linie curbă care reprezintă porțiunea conturului marginal, pe care razele ca s'o proiecteze au trebuit să traverseze obligator corpul vertebral; este subțire imaginea marginii pe care razele ca s'o proiecteze au străbătut numai discul intervertebral.

În cazul întâiu razele traversează și un număr de travee circulare ale spongioasei vertebrei. Se produce efect de sumă.

Marginile proiectate numai prin discul transparent dau numai imaginea lor proprie.

Dovada se face, pe cale experimentală, în modul următor:

Se golește de spongioasă un corp vertebral și se constată că nu mai este nicio *diferență* între proiecțiile semicontururilor.

Dr. C. Berariu arată utilitatea comunicărilor Prof. Negru pentru radiologii practicieni, sistemul său dând posibilitatea precizării marginii (anterioară sau posterioară) la al cărei nivel se află leziunea.

Prof. Dr. Negru și Dr. Stoian: Un caz rar de artrită mutilantă.

Autorii prezintă un caz rar cu artrită mutilantă, de 39 ani, localizată la membrele superioare, cu osteolize multiple, distrugerii de articulații, deformări și mutilări, cu tulburări de sensibilitate, tactilă termică și dureroasă.

Diagnosticul diferențial s'a făcut în special cu osteoartritis syringomyelica, cu lepra mutilantă, apoi cu osteoartritis mielodysplastica, cu tabesul și cu osteoliza cryptogenetică progresivă.

Tratamentul preconizat este iradierea segmentului măduvei care se presupune că este interesant.

Prof. Dr. T. Vasiliu crede că nu se poate exclude posibilitatea unei lepre sau siringomielii

Prof. Dr. Negru arată că bolnavul nu a avut alte manifestări de lepră, iar leziunile nu au avut sediul ca la aceea numai la extremități, ci și mai sus (metacarp, falanga I) iar contra siringomieliei pledează lipsa mioatrofiilor și a altor tulburări ale coarnelor anterioare.

Prof. V. Popilian și Dr. V. Preda: Cercetări asupra mecanismului regenerării (va apare ca articol).

Prof. Dr. E. Țeposu și Dr. Tăgănel: Anurie calculoasă de 7 zile. Tratament conservator. Vindecare.

Prof. Dr. T. Vasiliu: Tumori mediastinale.

Prof. Dr. Buzoianu, G. Popovici și M. Iubu: Rezultat îndepărtat după hemilaringectomie pentru cancer laringean (cu prezentare de piosă și bolnav).

Urmează,

Demisia vechiului comitet.

D-l secretar general citește raportul de activitate pe anul expirat:

Domnule Președinte,
Domnilor profesori,
Domnilor,

Societatea Științelor Medicale și-a împlinit 2 ani de activitate aici la Sibiu. A activat ca și anul trecut, prin coexistența tuturor fostelor societăți aflate la Cluj, sub conducerea aceluiași comitet.

A ținut ședințe ordinare, în mod regulat tot la două săptămâni, cu un program științific destul de bogat, la care au contribuit prin comunicări și conferințe d-nii profesori și personalul științific al clinicelor și institutelor Universității noastre. Localul acestor ședințe a fost, tot amfiteatrul Clinicii Gynecologice, unde s'au ținut toate ședințele cu excepția uneia singure, care s'a ținut în localul clinicelor dela fosta „Școală Militară”.

Conferențieri străini, dela Universitatea din București, d-nii prof. Dr. Nițescu și prof. Dr. Băltăceanu, au conferențiat în ședință extraordinară, prezidată de d-l prof. Dr. Iuliu Hațieganu, rectorul Universității, la 12 Iulie a. c. tratând despre: *Din domeniul relațiilor vitamino-hormonale, cercetări proprii: d-l prof. Nițescu și Apendicita subacută: d-l prof. Dr. Băltăceanu:*

Felul și interesul cum au fost primite aceste conferințe îl arată cuvintele d-lui Rector Prof. Dr. Iuliu Hațieganu, care recomandă, ca aceste conferințe interuniversitare, să aibă loc cât mai des, ele cimentând legăturile între diferitele universități și constituie un schimb de vederi în câmpul atât de vast al medicinei, din care numai de profitat avem cu toții.

Comunicările și conferințele ținute în cadrul societății au apărut sub formă de rezumat sau ca articol, în revista „Ardealul Medical”.

Sedințele au fost, ca și anul trecut, prezidate pe rând de aproape toți d-nii vicepreședinți ai societății, precum și de d-l președinte d-l prof. Dr. Cr. Grigoriu și de d-l Rector al Universității d-l prof. Dr. I. Hațieganu, care a prezidat și ședința de deschidere din toamna anului acestuia, arătând meritul și valoarea acestei societăți și indemnând membrii, personalul și tineretul universitar să activeze cât mai viu în cadrele acestei vechi societăți, spre binele lor, progresul științei medicale și valorificarea neamului.

Domnilor, în credința că, comitetul ales de Domniile-Voastre acum doi ani, după refugiu, și-a făcut după puterile lui, după concursul membrilor lui și după împrejurările vitrege ale timpurilor de azi, datorită, și mulțumind cu această ocazie tuturor membrilor care au binevoit să-și dea prețiosul lor concurs, urează noului comitet, noroc și mult spor la muncă.

Dr. Dumitru Căprioară, secretar general

Revista revistelor

INTERNE

Vitaminele în planul de tratament al tuberculozei de F. Hasselbach, Sanatoriile Tbc. LVA Pommern-Naugard și Canzigsee—Falkenburg; Ther. Ggst. 1942, Nr. 5, p. 165.

Administrarea de vitamine în tuberculoză nu va da în toate cazurile rezultatele așteptate: aceasta se datorește în parte unor indicațiuni greșite, dar dacă selecțiunea a fost bine făcută, acțiunea specifică și nespecifică a vitaminelor în tratamentul tuberculozei este totuși deosebit de importantă. Vitamina A are influență asupra frecvenței morbidității tuberculoase, mai cu seamă în tuberculoza pulmonară exudativă se consumă foarte mari cantități de A; de aceea, administrarea acesteia este indicată. Apoi, se poate întrebuința vitamina A în tuberculoză pentru cura de îngreșare (cam de 3 ori pe zi câte 30 de picături de Vogan) și sub formă de pomadă pentru tratamentul fistulelor tuberculoase.

Din cauza consumului mărit de hidrocarbonate în tuberculoză sunt crescute și nevoile de vitamină B₁; nu rareori se găsesc în tuberculoză, în special în tuberculoza intestinală, hipovitaminoze B₁. Administrarea de B₁, pe cale parenterală (Betaxin sau altele) este foarte recomandabilă.

Carențe de vitamine C se întâlnesc mai cu seamă în tuberculozele febrile. Pe de altă parte, o oarecare stare de subfebrilitate poate să fie un indiciu de insuficiență de vitamină C. Administrarea de vitamină C (Cantan ș. a.) poate în asemenea cazuri să readucă o temperatură normală. H. este de părere să se dea tuberculoșilor febricitanți zilnic câte 100 mgr. de vitamină C (timp de 14 zile i. v., apoi ceva mai puțin pe cale bucală), iar celor afebrili cu tbc. pulmonară zilnic vreo 50 mgr. de C. Dozele de vitamină C se vor combina eventual cu glucoză, gluconat de calciu și fier. Mai departe, ar trebui administrată vitamina C și în cazurile în care se face tratament cu săruri de aur. C este întotdeauna bine tolerată, numai în infiltratele precoce care se clasifică, vitamina C pare să aibă o acțiune accelerantă asupra caseificării.

Despre vitamina D (Vigantol) încă nu se poate spune cu siguranță până în prezent dacă are vreo acțiune asupra tuberculozei. Deoarece administrarea de vitamină D presupune ca urmare o determinizare, Stepp chiar consideră tuberculoza drept o contra-indicație a tratamentului cu vitamină D. Numai în cazurile în care coexistă tuberculoza cu rachitismul trebuie dată vitamina D, care a fost înlocuită în ultimul timp de către H. prin tratamentul de atac cu 15 mgr. de vitamină D₂. În felul acesta, H. pretinde că obține nu numai vindecarea rachitismului, ci chiar și o favorizare a poziției de calciu în tuberculozele care au tendințe de calcificare (în special tuberculoza ganglionilor bronchici). Din acest motiv, se mai dă în aceste cazuri pe lângă vitamină și un preparat de calciu. Afară de preparatele de vitamine se va da tuberculoșilor și o alimentație bogată în vitamine (de ex. pâine din făină integrală în loc de pâine albă).

Metoda testelor și aplicarea ei în practică: M. Jentsch (Wiener Med. Woch. Nr. 36, Anul 55, Pag. 713, 1942).

Substanța alergenica se administrează fie epicutan fie vascular. Se va aplica pe pielea spatelui o hârtie de filtrat îmbibată cu alergen și se va menține aci 18—24 ore. Citirea rezultatelor se va face după schema lui Bloch. Testul intracutan dă reacția deja după 10—20 minute. Printre alergiile care pot fi puse în evidență prin metoda epicutană, stă în prima linie eczema. Drept factori declanșatori vor fi luați în considerare cosmeticile, coloranții, florile, oleiurile eterice etc. Excepție fac eczemele pielii palmare care numai foarte rareori sunt de natură exogenă. Mai departe sunt cunoscute eczemele profesionale (cu factori provocatori diferiți) și eczemele regiunii axilare prin formalină ca antihidrotic

și altele. Eczemele genitale și perianale este deseori de origine medicamentoasă (medicație antihemoroidală, oxiuri, fluor vaginal ș. a. m. d.) În sensibilizările de natură medicamentoasă joacă rol produsele gudronate și cu mercur, pellidol-ul, sulful, balsamul peruvian, resorcina, amestezina etc. În afecțiunile la care poate fi aplicată metoda testelor epicutane, alergenul este găsit într'un procent foarte mare al cazurilor. Obținerea rezultatelor devine odată cu vârsta din ce în ce mai dificilă. La adult alergia față de albumina oului stă în prima linie, urmând apoi cea pentru carne, tomate și fragi.

Dr. Emil I. Bologa

*

INFECȚIOASE

Tratamentul șancrului moale prin pulbere de Gombardol: Dr. M. Săceanu (Mișcarea Med. Rom., An. XV, Nr. 7—8, 1942).

Autorul trece în revistă sumar tratamentele aplicate în șancrul moale până la descoperirea sulfamidelor, care prin rezultatele terapeutice admirabile în alte infecțiuni a născut ideea de a fi încercate și în tratamentul șancrului moale. Autorul a aplicat în tratamentul șancrului moale pulberea de Gombardol (Boehringer) la început odată, apoi de două ori pe zi. Cu acest tratament autorul a obținut cicatrizarea în 8—15 zile. În concluzii autorul subliniază faptul foarte important că aplicarea acestui tratament previne apariția adenitei. Statistica autorului este relativ mică (17), sperăm însă că aceste rezultate vor fi confirmate ulterior, acest nou tratament reprezentând un nou câmp de activitate fericită a sulfamidelor în venerologie.

Despre tratamentul congealațiilor prin sulfamide (Über die Behandlung der Erfrierungen mit Sulfonamiden: C. A. Goecke (Münch. Med. Woch. 24, 1942).

Membrele congelate, după o prealabilă baie caldă de curățenie, au fost acoperite cu un strat gros de pudră de Marfanil-Protalbin, fiind apoi fixate pe o șină. După 4—6 zile se poate observa la schimbarea pansamentului o demarcare bună precum și eliminarea părților necrotice. Secreția dispărea și infecțiile secundare erau înăbușite. Intre pansamente au fost făcute băi cu hipermanganat și cu aer cald. Procentul vindecărilor a fost impresionant de mare. Cei vindecați erau supuși unui tratament cu băi de aer cald și se recomanda ca să se ferească de frig. Tratamentul este adevărat cam scump însă avantajile ce le aduce cu sine (evitarea amputațiilor, infecțiilor, reducerea timpului de tratament etc.) îl impune în tratamentul congealațiilor.

Despre problema dozării Sulfathiazol-ului în gonorreea femeii (Zur Dosierungsfrage des Sulfathiazols bei weiblicher Gonorrhoe): G. Schmidt (Dermat. Woch. 497, 1942).

Tratamentul de două zile cu doză de atac s'a dovedit în serviciul autorului (Clinica de boli de piele din Danzig) ca insuficient. Această doză era cea de 5 gr. pro die. Autorul a aplicat repetarea dozei după 7—10 zile pauză și la cazurile care persistau a rămâne negative. Din 133 bolnave, 60 au manifestat recidive precoce, iar din restul de 73, 14 recidive tardive (în medie la 7 săptămâni după terminarea tratamentului). Autorul a modificat tratamentul în sensul administrării preparatului timp de 4 zile (4 ori 2 tabl., iar în ziua 3 și 4, 3 ori 2 tabl.) repetând după o pauză de 5—6 zile aceeași dozare încă odată. În intervalul de timp dintre cele două atacuri a administrat câte două injecții cu Paragen. Pe lângă acest tratament din 67 cazuri nu au prezentat recidive decât 9, iar recidive tardive două cazuri. Au reacționat bine cazurile care au primit anticipat Artgon sau Terpichin, iar cel mai rău cele tratate anticipat cu sulfamide.

Dr. Emil I. Bologa

GINECOLOGIE

Eufamin în tratamentul afecțiunilor inflamatorii ale anexelor: Montag Clinica ginecologică de Stat Bochum (Ztrbl. Gyn. 1939, Nr. 11, p. 607).

Eufamin (vaccinul pentru anexite) este indicat numai pentru tratamentul anexitelor cronice: în inflamațiuni acute ale anexelor reacțiunile sunt prea violente. M. a tratat în total 47 de femei, cu o singură excepție, toate au tolerat bine preparatul. Iritație locală după injecție au prezentat 9 femei, după câte s'au văzut, reacția pare să fie mai vie imediat înainte de menstruație. 26 de femei au fost vindecate. De celelalte, care în parte s'au sustras dela tratament, încă nu se poate spune nimic precis.

*

OTO-RINO-LARINGOLOGIE

Histero-traumatismele auditive de război: (Les hystéro-traumatismes auditifs de guerre) de G. Buzoianu, I. G. Russu, și G. Popoviciu. Revista Științelor Oto-Rino-Laringologice, fondată în Cluj, Nr. III-IV, 1942, pag. 97-108, Sibiu

1. Comoțiunea labirintică izolată cu surditate consecutivă este o afecțiune a cărei existență o punem la îndoială.

Surditatea prin comoțiune labirintică nu există decât cu condițiunea ca aceea ce numim comoțiune labirintică, să fie asociată cu o comoțiune cerebrală. În acest caz surditatea este datorită leziunilor fine ale căilor auditive centrale prin efectul comoțiunii encefalice și nu numai a comoțiunii labirintice periferice.

2. Argumentele invocate în contra existenței unei surdități prin comoțiune labirintică izolată sunt de două ordine: experimentale și clinice.

Argumentele experimentale sunt obiecțiunile pe care le putem aduce experiențelor asupra animalelor aplicate fiziologiei umane și mai ales faptului că tehnica poate fi responsabilă de alterările obiective microscopice intra-cocleare.

Argumentele clinice se raportează la ultimul război european și la observațiunile strânse în războiul actual. Trebuie să ne amintim că în timpul ultimului război toți surzii considerați ca atare prin comoțiune labirintică izolată și-au redobândit auzul la sfârșitul războiului.

În ce privește războiul actual, este instructiv să notăm că nu găsim surditate în urma exploziunilor violente chiar dacă ambele timpane sunt complet distruse (acolo unde ar trebui să existe o comoțiune labirintică, adică leziuni fine cocleare).

3. Surditățile de război, care nu sunt secundare unei comoțiuni cerebrale care să intereseze căile auditive centrale și acelea, care nu sunt datorite unui traumatism cranian care să intereseze în mod direct labirintul, sunt clasate în următoarele două grupe:

a) surditățile prin histero-traumatism auditiv, cele mai frecvente;

b) surditățile simulate, mai rare.

4. Diferențierea clinică a surdității histero-traumatice și a surdității simulate poate fi anevoioasă. La pitiatice reflexele cocleare sunt conservate. Absența acestor reflexe nu este un semn sigur de leziune organică. Histero-surzii prezintă semne de pitiatism care trebuiesc cercetate. Simulatorul demascat sfârșește prin a mărturisi. Histero-surdul păstrează amintirea infirmității sale, dar nu e inclinat nici spre a mărturisi nici spre a se desvinovăți.

5. Credem că surditatea prin histero-traumatism auditiv este tipul cel mai frecvent de surditate din războiul actual, pentru bolnavii care vin de pe front. Asociațiunea mutismului realizează un sindrom de surdo-mutism pur funcțional a cărui origine pitică reală trebuie pusă în evidență prin explorațiunile noastre clinice

*

NEUROLOGIE

Sur un cas de narcolepsie traumatique. C. I. Urechia: Confinia Neurologica vol. V, fasc. 3, 1942.

Se publică observațiunea interesantă a unui bolnav de 31 ani, fără antecedente patologice, care în urma unui traumatism puternic al craniului la nivelul regiunii frontale stângi, face imediat o hemipareză dreaptă ușoară și cu câteva săptămâni mai târziu prezintă accese de somn cu o durată de 5-10 minute, repetându-se odată sau de două ori pe zi. La examenul obiectiv se confirmă hemipareza dreaptă și prezența crizelor de narcolepsie însoțite de sialoree.

Autorul presupune o leziune situată la nivelul ventricolului al III-lea unde sunt situați centrii somnului și nucleii vegetativi.

Sur deux cas de chorée congénitale. C. I. Urechia: Confinia Neurologica, vol. V, fasc. 3, 1942

Arătând raritatea excepțională a cazurilor de coree congenitală care survin de cele mai multe ori în urma unor encefalopatii infantile însoțite de simptome variate ca: mioclonii, hemiplegie, rigiditate, spasmuri, contractură, convulsii, hidrocefalie sau tulburări intelectuale și de vorbire, autorul publică observațiunile alor două cazuri personale. În primul caz e vorba de o fetiță de 13 ani, care imediat după naștere a făcut un icter și încă din primul an al vieții a prezentat mișcări coreiforme, iar dela etatea de 10 ani prezintă și un torticolis drept al capului. Se bănuiește în etiologie icterul noilor născuți.

În al doilea caz e vorba de o fetiță de 14 ani, care la vârsta de 2 ani face în mod lent și progresiv tulburări de vorbire și mișcări coreiforme; la etatea de 7 ani, face un torticolis drept al capului. În acest caz etiologia rămâne necunoscută.

Dr. T. Dragomir

*

DERMATO-VENERICE

Despre tratamentul infecțiilor urinare. (Behandlung der Harninfection) de Althoff, Therapie der Gegenwart, Anul 83, Nr. 9, Sept. 1942.

Mai presus de localizația anatomică autorul subliniază importanța cunoașterii cauzei provocatoare a inflamației și a posibilităților de a combate flora bacteriană. Cauzele pot fi un catar ușor sau un corp străin care poate fi extras. Mai importantă este găsirea unei infecții de focar în organe îndepărtate. Afară de acestea va trebui să ne gândim la posibilitatea unei infecții vecine sau la o stază a urinei. Pentru depistarea agentului cauzal va trebui să centrifugăm urina recoltată prin cateterism, și sedimentul să îl colorăm după metode Gram sau albastru de metilen. În cazul să nu găsim agentul microbial se va naște bănuiala unei eventuale tuberculoze. De cele mai multe ori vom găsi coli sau coci. O combinație a acestora va indica un proces mai vechiu. Cocii trăiesc în urina alcalină, iar colii în urine alcaline și acide. Astfel terapia va indica un anumit regim. Alcalinizante: Fructele (afară de nuci, migdale etc.), legume, lapte. Acidifiante: hidrați de carbon, albumine, grăsimi și oleiuri. Medicamentos alcalinizăm dând de 3 ori o lingură de bicarbonat de Na, iar acidifiant prin administrarea de calciu clorat sau clorură de amoniu (9 grame zilnic). Infecțiile cu coli se vor trata prin zile cu multe lichide și administrarea de sulfonamide, alterate cu zile cu puține lichide și cu adm. de salol sau hexametilentetramin. În infecțiile cu coci este indicat neosalvarsanul (1-a și a 3-a zi 0,15, iar în a 5-a zi 0,30). Sulfamidele sau adevărit a fi eficace în ambele feluri de infecțiuni. Se vor da doze mari în intervale de timp scurte. S'a adevărit foarte bună Eggopurina disolvată în catitate egală de apă. Local locații cu nitrat de Ag. 1 la 10 000, rivanol 1 la 5000. Calmante instilații cu oleu colardolat 20 cc. sau cu Eleudron sau Cibazol.

Dr. Emil I Bologa

Tratamentul tulburărilor de circulație periferice în dermatologie și practica generală cu Priskol: *H. Braun* (Wiener Med. Woch. Nr. 36, Anul 55, 1942).

Indicația principală a Priskol-ului o constituie tulburările de circulație datorite frigului. Tot ceea ce a fost încercat în acest domeniu prin aplicările de căldură și hidroterapie poate fi înlocuit astăzi cu succes prin Priskol. În acrocianoză, eritrocianoză, perniones, etc., vom prefera preparatelor hormonale Priskolul. Autorul îl aplică sub formă de pomade, fricționând până la penetrarea acestuia în piele. Acest preparat a dat bune rezultate și în tratamentul ulcerelor crurale. Autorul a obținut rezultate favorabile în cazurile de alopecie areată, combinând tratamentul cu radiațiuni de cuarț. O indicație foarte importantă pentru acest preparat reprezintă infiltrațiunile consecutive injecțiilor paravenoase cu salvarsan.

Dr. Emil I. Bologa

Tratamentul congealațiilor grave și a stărilor lor consecutive: *E. Schneider* (Med. Klinik 1942, 17).

Simptomele premonitorii ale unei morți datorită unui îngheț se rezumă la dureri, redoare a musculaturii, frisoane puternice și

o senzație de oboseală generală. Moartea se produce prin paraliza sistemului nervos central, datorită răcirii creierului la 18—20°. În cazurile congealației chiar a unui membru, în întregime fenomenele autotoxice sunt mult mai reduse ca în cazul unei combustii. Frigul atinge mai întâi și cu gravitate vasela, deci circulația. În cazurile ușoare (grad I) se observă o ischemie a țesuturilor. După încetarea frigului circulația își revine după un anumit timp, fiind asociată de dureri intense. Locurile interesante manifestă ani de-a rândul o sensibilitate exagerată față de frig. În congealațiile de gradul II pe lângă spasmul vascular, acestea devin permeabile putând observa imbibitii hemoragice (aspect gangrenos, albastru violet). În congealațiile de gradul III vom observa toate semnele unei necroze. O complicație frecventă o constituie gangrena gazoasă și tetanosul. Vom trata congealațiile conservativ cât mai mult timp posibil. Nu vom aplica comprese umede nici unguente. Mai recomandabil este să presăram pudre ca dermatol, cărbune animal, airol, etc. Rezultate bune au fost obținute cu pudre de cibasol sau eubasin. În campania din Finlanda s'a adeverit a fi bune în congealațiile mânilor, blocada prin novocaină a ganglionului stelat.

Dr. Emil I. Bologa

Conferința anuală a medicilor sanitari din județul Sibiu

Intr'un cadru solemn s'a ținut în 20 Febr. s. c., conferința anuală a medicilor sanitari și surorilor de ocrotire din județul și municipiul Sibiu, la care au participat domnii: Dr. I. Stolchitța, Secretar general al Ministerului Sănătății, Dr. I. Cosma, Inspector general sanitar, Colonel V. Mihăilescu, Prefectul județului Sibiu, Dr. I. Gavrilă, conferențiar de boli contagioase la Fac. de Medicină, Dr. Octavian Oprean, Medicul-șef al județului, Dr. Ioan Sturza, Medicul-șef al Municipiului și D-ra Manta Maria, inspectoarea surorilor de ocrotire.

În cuvântul de deschidere d-l Dr. Oct. Oprean, arată importanța acestei conferințe pentru a se lua în-formații de pe teren asupra stării sanitare a popula-țiunii și de a se comunica măsurile necesare de luat în împrejurările de azi.

Se relevă totodată colaborarea strânsă între Insti-tuțiile sanitare, Serviciile sanitare de pe teren și con-cursul organelor administrative.

D-l Secretar General Dr. I. Stolchitța, arată că, între problemele sanitare noi se găsește combaterea epi-demilor, în special a tifosului exantematic și insistă asupra necesității declarării rapide a cazurilor și între-buțarea analizelor de laborator pentru clarificarea diagnosticului. Comunică în continuare necesitatea de-parazitărilor întinse și a deparazitării aplicată chiar cu scop preventiv.

Desvoltă pe larg obligațiunea luată de Ministerul Sănătății pentru protecția invalizilor, orfanilor și vădu-velor de război.

Pentru orfanii de război dela 0—7 ani organele sanitare au obligațiunea de a asigura o asistență sani-tară și de ocrotire prin Instituțiile Ministerului Sănătății unde este cazul, dar mai ales prin plasament familial în familiile crescătoare fte la unul dintre părinții rămași, fte la rudeni sau la nevole în alte familii din localitate sau regiune.

Spitalele vor asigura tratamentul gratuit pentru invalizi, orfani și văduve, iar Casa generală I. O. V. va suporta cheltuielile după o metodă ce se va stabili între timp.

Medicii de circumscripție și serviciile exterloare vor asigura tratamentul și asistența medicală gratuită, chiar și la domiciliu.

Proteze pentru invalizi și reeducarea funcțională se va face la Institutul de ortopedie din București și la centrele care se vor înființa la Iași și Sibiu.

În programul de acțiune sanitară pe viitor se prevăd măsurile de redresare biologică a populațiunii cărora li se vor da o importanță deosebită.

Cunoscându-se faptul, că Medicii sanitari sunt puși să activeze intens în mediul rural care le oferă condi-țiuni slabe de confort în raport cu situația lor socială s'a putut obține pe viitor o îmbunătățire a salarizării prin: majorarea primelor de reședință și a diurnelor de transport. De asemenea o salarizare mai bună a suro-rilor de ocrotire.

După experiența din anul trecut care a dat re-zultate bune, se va continua și în acest an utilizarea studenților în medicină la serviciile din mediul rural. Se vor completa cu acești studenți circumscripțiile va-cante, circumscripțiile a căror titulari sunt mobilizați și o parte din ei vor fi repartizați în localități distanțate unde accesul medicilor de circumscripție este mai dif-ficil. Vor lucra sub îndrumarea medicilor de circum-scripție și controlul medicilor șefi de județe și organelor superloare.

Pentru ca Serviciile sanitare exterloare să fie cât mai complet organizate și să se poată menține contactul cu progresul științific Ministerul Sănătății dorește să se organizeze la fiecare circumscripție o bibliotecă care să cuprindă în primul rând Legile și regulamentele sani-tare, apoi diferite tratate asupra problemelor sanitare și reviste medicale.

Referitor la celelalte probleme sanitare amintește că, problema tuberculozel va fi atacată în plin în câteva regiuni unde se poate realiza spitalizarea și tratamentul, dar mai ales izolarea cazurilor descoperite. Între aceste centre este și Sibiu unde se va utiliza aparatul de Mi-croradiografice Holferder, autoröntgenul portativ și celelalte mijloace de investigație.

D-l Prefect al județului arată, că pentru invalizii și orfanii de război din acest județ, acțiune de îngrijire a început cu rezultate bune în toate comunele s-au înființat comitete și s-au ales tutori ai orfanilor, care se îngrijesc de lipsurilor lor și sunt în curs de înființare orfelinate în comunele: Săliște și Nocrich, iar Așezământul de Ocrotire din Orlat va fi mărit tot în acest scop.

D-l Conf. Dr. I. Gavrila își dezvoltă conferința despre tifosul exantematic arătând proprietățile agentului patogen, modul de contagiune, apoi simptomatologia boalei, formele clinice, diagnosticul diferențial, apoi tratamentul și măsurile de combatere.

Medicii de circumscripție prin rapoarte amănunțite arată fiecare starea sanitară și activitatea în circumscripție privind principalele probleme sanitare, situația demografică, bolile epidemice și starea instituțiilor lor sanitare.

D-l Inspector General Sanitar Dr. I. Cosma arată câteva amănunte de ordin tehnic necesare pentru combaterea tifosului exantematic în mediul rural, insistând asupra controlului zilnic prin agentul sanitar la toate persoanele din cartierul contaminat și izolarea la spital a persoanelor cu temperatura ca prim simptom.

În continuare dă instrucțiuni referitor la utilizarea învățătoarelor, care au făcut vara trecută cursurile de inițiere în igienă, în mediul rural, la organizarea școlilor țărănești de gospodărie și igienă, la organizarea bibliotecilor și la completarea cadrului solemn și curat în instituțiile din mediul rural. Insistând asupra colaborării strânse care este necesară între medic și personalul sanitar auxiliar îndeamnă medicii sanitari la continuarea activității pentru binele populației și ridicarea neamului.

Medic Primar Jud. Sibiu,

Dr. Oct. Oprean

Note și informațiuni

Deciziuni

În Monitorul Oficial Nr. 17 din 21 Ianuarie 1943, s'a publicat Decizia Ministerială Nr. 90 538/1943, prin care se institue taxa oficială pe 1943, a specialităților farmaceutice autorizate, obligatorie pentru toate farmaciile, drogheriile, depozitele de medicamente și reprezentanțe de specialități farmaceutice.

În Monitorul Oficial Nr. 19 din 23 Ianuarie 1943, se republică Decretul-Lege pentru Statutul invalizilor și accidentaților de război, urmași acestora și urmașii celor morți sau dispăruți în război.

Prin Decizia Ministerială Nr. 92 491 publicată în Monitorul Oficial Nr. 27 din 2 Februarie 1943, s'a acordat cu începere de la 1 Octombrie 1942, o indemnitate lunară de câte 4000 Lei medicilor cu servicii în regiunile cu nivel economic și social scăzut, îndepărtate de centru sau comunicații grele, sau cu greutate de aprovizionare, lipsă de locuință și foarte puțină posibilitate de a face și clientela particulară.

În Monitorul Oficial Nr. 40 din 17 Februarie 1943, s'a publicat tabloul medicilor reușiți la examenele de clasificare pentru medici primari de specialitate, ținute în sesiunea Decembrie 1942, după cum urmează:

Chirurgie generală: Examenul de clasificare s'a terminat în ziua de 12 Ianuarie 1943.

1. Dr. Almășanu Simion, cu media generală 19.37;
2. Dr. Popescu Corneliu, cu media generală 19.12;
3. Dr. Popescu Romulus Tătaru, cu media generală 18.87;
4. Dr. Steopoe Vasile, cu media generală 18.50;
5. Dr. Pușcariu Radu, cu media generală 18.25;
6. Dr. Nana Aurel, cu media generală 18;
7. Dr. Constantinescu Dumitru, cu media generală 17.87;
8. Dr. Riga Ilie, cu media generală 17.75;
9. Dr. Dobrescu Dumitru, cu media generală 17.25;
10. Dr. Teodorescu Vasile, cu media generală 17.12;
11. Dr. Mărgineanu Vartolomei, cu media generală 17;
12. Dr. Popescu Mihail, cu media generală 17;
13. Dr. Nicoară Eugen, cu media generală 16.75;
14. Dr. Huidel Traian, cu media generală 16.37;
15. Dr. Pascu Eugen, cu media generală 16.37;
16. Dr. Iorgulescu Ștefan, cu media generală 15.50;
17. Dr. Mărțolă Victor, cu media ge-

nerală 15.37; 18. Dr. Copăceanu Martin, cu media generală 15.25; 19. Dr. Papp Martin, cu media generală 15.

Medicină internă: Examenul de clasificare s'a terminat în ziua de 21 Ianuarie 1943.

1. Dr. Tanașoca Tache, cu media generală 19.50;
2. Dr. Strat Constantin, cu media generală 19;
3. Dr. Popovici Antoinette, cu media generală 19;
4. Dr. Râmniceanu Radu, cu media generală 18.75;
5. Dr. Barbellan C-tin, cu media generală 18.58;
6. Dr. Rădvan Ioan, cu media generală 18.41;
7. Dr. Tomescu Ioan, cu media generală 18.25;
8. Dr. Viclu Emil, cu media generală 17.25;
9. Dr. Josan Radu, cu media generală 17.25;
10. Dr. Manolescu Horațiu, cu media generală 17;
11. Dr. Bârle Henrietta, cu media generală 16.58;
12. Dr. Graur Petre, cu media generală 15.16.

Tuberculoză: Examenul de clasificare s'a terminat în ziua de 20 Ianuarie 1943.

1. Dr. Todea Cornel, cu media generală 18.58;
2. Dr. Vasilescu Mircea, cu media generală 17.74;
3. Dr. Neagoș Octavian Petre, cu media generală 17.74;
4. Dr. Ivănescu Ioan, cu media generală 17.58;
5. Dr. Roșulescu Dumitru, cu media generală 17.41;
6. Dr. Vaina Iosif, cu media generală 17.08;
7. Dr. Crișan Cornel, cu media generală 17;
8. Dr. Constantinescu Mihail, cu media generală 17;
9. Dr. Sava Caton, cu media generală 16.83;
10. Tonegaru Petre, cu media generală 15.

Obstetrică și Gynecologie: Examenul de clasificare s'a terminat în ziua de 26 Ianuarie 1943.

1. Dr. Pavelescu Petre cu media generală 17;
2. Dr. Alexlu Avramescu Maria, cu media generală 16.75;
3. Dr. Vintilă Gheorghe, cu media generală 16.75;
4. Dr. Stupariu Ioachim, cu media generală 16.62;
5. Dr. Purge Gheorghe, cu media generală 16.50;
6. Dr. Gălnă Iulian, cu media generală 16.25;
7. Dr. Stoinescu Alexandru, cu media generală 16.

Pediatrică și Puericultură: Examenul de clasificare s'a terminat în ziua de 22 Decembrie 1942.

1. Dr. Hurmuzache Clelia, cu media generală 17.75;
2. Dr. Mărculescu Titu, cu media generală 17;
3. Dr. Milota Dumitru, cu media generală 16.25;
4. Dr.

Dăncilă Ștefan, cu media generală 16.12; 5. Dr. Bonciu Agriplina cu media generală 15.75.

Oto-rino-laringologie: Examenul de clasificare s'a terminat în ziua de 17 Ianuarie 1943.

1. Dr. Poptan Ștefan, cu media generală 17.25; 2. Dr. Fotlade C. Vasile, cu media generală 17; 3. Dr. Popa Nicolae, cu media generală 16.75; 4. Dr. Perțla Anny, cu media generală 16.75; 5. Dr. Bodea Eugen, cu media generală 16.50; 6. Dr. Moga Nicolae, cu media generală 15.75; 7. Dr. Popea Gh. Victor, cu media generală 15.50.

Chirurgie infantilă și ortopedie: Examenul de clasificare s'a terminat în ziua de 20 Ianuarie 1943.

1. Dr. Călinescu Victor, cu media generală 19.63; 2. Dr. Vereanu Dumitru, cu media generală 19.25; 3. Dr. Câmpănu Iacob, cu media generală 17.37; 4. Dr. Burjorica Nicolae, cu media generală 17; 5. Dr. Popescu At. C-tin (Heresca), cu media generală 16.75.

Stomatologie: Examenul de clasificare s'a terminat în ziua de 23 Decembrie 1942.

1. Dr. Ticulescu Ștefan, cu media generală 17.25; 2. Dr. Costea Eugen, cu media generală 17; 3. Dr.

Phleps Gerhard Günter, cu media generală 17; 4. Dr. Dragomirescu Ioan, cu media generală 16.75.

Dermato-venerice: Examenul de clasificare s'a terminat în ziua de 18 Ianuarie 1943.

1. Dr. Săceanu Marin, cu media generală 19.25; 2. Dr. Dimitriu Nedelcu Eugenia, cu media generală 18; 3. Dr. Georgescu Carpen Olimpu, cu media generală 16.75; 4. Dr. Popescu Constantin, cu media generală 16.75; 5. Dr. Vasilescu Aurelian, cu media generală 15.75.

Posturi vacante

În Monitorul Oficial Nr. 30 din 5 Februarie 1943, s'au publicat vacante 16 posturi de medici primari de județe: 4 posturi medici primari chirurși; 1 post medic primar internist; 1 post medic primar radiolog; 1 post medic de oraș; 2 posturi medici de spital cu circumscripție; 4 posturi medici de circumscripție.

În Monitorul Oficial Nr. 40 din 17 Februarie 1943, s'au publicat locurile vacante pentru concesiuni de farmacie, urbane, suburbane și rurale.

† Medicul Major Dr. Groze Aurel

1901—1942

A dispărut încă o lumină a generației de medici formată pe băncile tineretului și vigoarelor facultății din Cluj.

Fiu al Ardealului, s'a născut la 23 Martie 1901. A urmat școala primară din Cacova (jud. Alba) și liceul la Blaj. A intrat în facultate în 1919 și și-a susținut teza de doctorat în 1926. A fost medic al Spitalului Militar Alba-Iulia.

Fiu de învățător a crescut în dragostea de pământul strămoșesc.

A plecat din prima zi a acestui sfânt război ca medic de batalion într'un regiment de infanterie. Și-a făcut mai mult decât datoria, înfruntând, fără frică, pericolele primei linii de luptă. În fața Odessai, explozia unui obuz îl acopere cu pământ.

În Septembrie 1941, este silit de o apendicită acută să părăsească postul său.

La 1 Martie este din nou pe front la o ambulanță divizionară. Tăcut și calm, ziua și noaptea, își dăruiește până la extenuare puterea de muncă și priceperea în îngrijirea răniților.

În Octombrie 1942, pe când combătea o epidemie de febră tifoidă ce se ivise printre rândurile ostașilor diviziei lui, cade el însuși pradă acestei boli cu toate că era vaccinat.

Tot timpul grelei boli, speranța însănătoșirii și a unei cât mai grabnice întoarceri printre camarazii săi, nu-l părăsește nicio clipă. Tot timpul a dat dovadă de o rară putere de suferință tăcută și răbdare.

Se părea că reușise să învingă definitiv boala și primele zile de convalescență și le petrecea depănând amintiri de sbuciumata viață a frontului împletite cu amintirea zilelor frumoase de studenție din neuitatul Cluj și a zilelor senine de căsnicie alături de buna și înțelegătoarea sa Pula.



Tocmai când ne așteptam mai puțin, moartea îl răpește fulgerător din mijlocul nostru în ziua de 13 Noiembrie 1942.

Vestea neașteptată a morții lui, a întristat sufletele tuturor celor care au avut ocazia să cunoască acest spirit nobil.

A murit departe de țara lui pe care a iubit-o și servit-o până la moarte cu un deosebit spirit de patriotism.

Blând, calm, sincer, cinstit în toate acțiunile lui era un exemplu de bunătate și camaraderie printre noi.

Colegii lui de facultate, care l-au iubit pe bunul lor camarad Aurel, îl vor păstra veșnic memoria lui.

Scumpel și iubitelui lui soții îl trimitem, un cuvânt de mângâiere pentru a putea învinge durerea năpraznică ce a lovit-o.

A fost decorat cu Ordinul Steaua României cu spade și panglică de Virtutea Militară.

Moartea lui să ne fie un exemplu de sacrificiu în slujba țării.

Medic Major Dr. N. Mihail

IODAMELIS

LOGEAIS

PUTERNIC REGULATOR AL NUTRIȚIUNII
REDUCTOR AL SCLEROZELOR — STIMULENT AL SCHIMBURILOR

*O TRIADĂ DE SYNDROME
O SINGURĂ MEDICAȚIUNE*



MALADII
ALE CIRCULAȚIUNII
•
TURBURĂRI
UTERO-OVARIENE
•
MALADII
ALE NUTRIȚIUNII



OPO-IODAMELIS

LOGEAIS

DISENDOCRINII
ALE TINEREI FETE ȘI ALE FEMEII
PUBERTATE — MENOPAUSĂ
OBEZITATE

ASTENII ALE VÂRSTEI MATURE
OBEZITATE
SENILITATE



ASOCIAZĂ
PROPRIETĂȚILE STIMULANTE
ALE IODOTANINULUI DIN
IODAMELIS, CU ACȚIUNEA
SPECIFICĂ A ORGANO-TERAPIEI
MASCULINE SAU FEMININE



In comprimate drageifiate

Eșantioane și literatură la cerere:

LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS - ISSY-LES-MOULINEAUX - PARIS

Exclusivitatea Generală pentru România: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R. — București I, Str. Sf. Ionică No. 8

*Noua etapă a
terapeuticeii sulfamidate*

THIAZOMIDE

2090 - R.P. SULFATHIAZOL

PRODUS POLIVALENT BINE TOLERAT
DE ORGANISM

GONOCOCI - COLIBACILI
PNEUMOCOCI-MENINGOCOCI
STREPTOCOCI - STAFILOCOCI



*Intrebuințarea Thiazomidei reduce numărul
sulfamido-intoleranților și permite tratamente
de scurtă durată cu posologii mai ridicate.*

TUB CU 20 COMPRIMATE DE 0,50 GR.

Doza inițială zilnică: 4 la 8 grame.



SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA MARQUES POULENC FRÈRES & USINES du RHÔNE
21, RUE JEAN GOUJON - PARIS - VIII^e

Propaganda Medicală „SPECIA” Str. Anastasie Simu, 6 — București (III)

Tipografia „DACIA TRAIANĂ” S. A., Sibiu - Piața Unirii Nr. 7 - In. Reg. Com. Fi. 2/75/1931.

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXIII

SIBIUL MEDICAL

Anul VIII

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICA

Anul VI

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂOrgan Oficial al Facultății de Medicină din Cluj-Sibiu, Societății Științelor Medicale din Cluj-Sibiu
Inspectoratului General Sanitar Sibiu și al Colegiilor Medicilor din Inspectoratul General Sanitar Sibiu**COMITETUL DE REDACȚIE:**

Prof. Dr. I. Aleman, Prof. Dr. V. Baroni, Prof. Dr. Gr. Benetato, Prof. Dr. V. Bologa, Prof. Dr. Gh. Buzoianu, Prof. Dr. C. Crișan, Dr. I. Cosma, Prof. Dr. L. Daniello, Dr. I. Fabritius, Doc. Dr. O. Filipescu, Prof. Dr. I. Goia, Prof. Dr. C. Grigoriu, Prof. Dr. M. Hângănuț, Prof. Dr. I. Hațieganu, Dr. L. Ionașiu, Prof. Dr. M. Kernbach, Prof. Dr. I. Manta, M. Manta, Dr. C. Manta, Prof. Dr. D. Michail, Prof. Dr. I. Moldovan, Prof. Dr. D. Negru, Prof. Dr. V. Papilian, Prof. Dr. Al. Pop, Prof. Dr. R. Popa, Prof. Dr. Gh. Popoviciu, Conf. Dr. Tr. Popovici, Dr. A. Popu, Dr. Gh. Preda, Prof. Dr. S. Secăreanu, Dr. I. Stoichiția, Prof. Dr. M. Sturza, Dr. I. Sturza, Prof. Dr. C. Tătaru, Prof. Dr. E. Teșosu, Prof. Dr. C. Urechia, Dr. L. Ursu, Prof. Dr. T. Vasiliu, Prof. Dr. C. Velluda.

DIRECTOR:

Conf. Dr. I. GAVRILĂ

**REDACȚIA
ȘI ADMINISTRAȚIA**Clinica ginecologică și
obstetricală Cluj-Sibiu,
str. Haller Nr. 1
Telefon 45

*Pentru hormonoterapie cu substanțe
active proprii corpului**

PROGYNON PROLUTONpentru tratamentul
insuficienței ovariene
(și al cazurilor grave)pentru tratamentul
hemoragiilor genitale
și al avortului repetat**TESTOVIRON**pentru terapia insuficienței
sexuale masculine

* Organismul nostru este adaptat acestor corpuri, al căror metabolism intermediar nu necesită noi funcțiuni. Deci tratamentul cu substanțe proprii corpului, dozate rațional, are multe avantaje, motiv suficient pentru a prefera pe cât posibil aceste substanțe, dacă putem obține cu ele același rezultat ca și cu medicamente străine corpului. — Klin. Wschr. 1938, N. 19, S. 633

Literatură detaliată și îndrumări referitor la dozaj stau la dispoziție

SCHERING A. G. BERLIN

Biroul științific București, Str. Clemenceau No. 6

Tel.: 3.58.05





Analeptic

cu acțiune centrală mărită și acțiune periferică energică.

Contra atoniei circulatorii consecutive maladiilor infecțioase, în intoxicații, pre- și post-operator, în stările de epuizare, în convalescență, în răul de röntgen.

In colaps, accidente de narcoză;
intoxicații,
paralizii vasculare, asfixie.

Lichid: Flacoane de 10 gr. .

Tablete: Tuburi de 10 buc.

Fiole: Cutii de 5 buc. à 1,1 cmc.

KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN P E R I N

Knoll S. A. R., Str. Atena 29, București 3.



D. D. Medici sunt anunțați pe această cale, că am pus în vânzare noul produs

ANTISCORBIN

Ultima expresie a științei în prepararea produselor de vitamină „C.” (L-Ascorbinat de Sodiu), — Produs ce înlocuește, cu efecte superioare, produsul nostru anterior ASCORBIN.

Binevoiți a reține, deci, denumirea

ANTISCORBIN

Pentru formele :

- a) INECȚII (L-Ascorbinat de Sodiu) : 0,05/1 cmc — cutia cu 10 fiole
0,10/2 ” ” ” 5 ”
0,50/5 ” ” ” 3 ”
- b) TABLETE (Acid Ascorbic) : Tubul cu 12 Tablete 0,05 gr.

Fabrica HYGEA-CLUJ S. A. R., București

Splaiul Unirii 127

Telefon 4—22—44

Dolantin

Analgeticul și spasmoliticul cu efect sigur

Întrunește în el **proprietăți spasmolitice** neîntrecute cu o puternică **acțiune analgetică** fiind bine tolerat în spasmele musculaturei netede, în colici și în cele mai variate stări dureroase, chiar de forma cea mai gravă.

Tablete: Tuburi de 10, 20 și 250 bucăți de 0,025 gr.

Soluție: Cutii cu 5, 25 și 100 fiole de 2 cmc.

Supozitoare: Cutii cu 5 și 25 bucăți.

Picături: Flacoane cu 10 cmc.

»Bayer«



LEVERKUSEN

Reprezentanța generală pentru România:

„ROMIGEFA“ S. A. R., București I, strada Brezoianu 53, Tel. 3.9286

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXIV

SIBIUL MEDICAL

Anul IX

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICA

Anul VII

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

SUMARUL:

Lecțiunea inaugurală a profesorului Dr. C. Crișan, titularul catedrei de Istologie, ținută la 28 Ian. 1943 Pag. I

Articole științifice:

- Profesor Dr. V. Papilian și Conferențiar Dr. V. Preda: Cercetări asupra regenerării membrilor posterioare de Triton vulgaris " 143
- Prof. G. Buzoianu, G. Popovici și I. G. Russu: Cancer laringean la o tânără de 19 ani " 145
- Dr. Maxim Păunescu: Foetus papyraceus în sarcina gemellară " 148

Reviste generale:

- Conf. Dr. I. Gavrilă: Considerațiuni asupra tifusului exantematic " 150

Medicina de războiu:

- Medic Major rez. Dr. Oct. Sonea și Medic Căpitan rez. F. V. Borbil: Șase luni de activitate în Secția de Contagioși a Spitalului 7 Campanie " 156
- Dr. I. Danicico, Dr. M. Copăceanu, Dr. M. Teșoiu și Dr. H. Columb: Grefele dermoepidermice în plăgile de războiu " 160

Probleme terapeutice:

- D-na Dr. Munteanu Garda Fl., Medic Secundar: Despre oprirea emoptiziilor tuberculoase " 164

- Societăți medicale " 168

Revista cărților:

- Pierderi și supliniri de sânge, de Dr. med. Gerd. Habelmann " 170
- Patologia, clinica și tratamentul mastopatiilor, de Prof. Dr. Konjetzny " 170

- Revista revistelor " 171

Note și informațiuni:

- Decrete, deciziuni, numiri " 173

- Reviste de schimb primite la redacție " 173

- Notițe terapeutice " 174

RUBIAZOL

ampoules

comprimés

Il a fait ses preuves...

*plus de 500 références bibliographiques prouvent l'activité et
la parfaite tolérance de la carboxy-sulfamido-chrysoïdine*

dans

ERYSIPÈLE . FIÈVRE PUERPÉRALE
GRIPPE . COMPLICATIONS GRIPPALES
MÉNINGITES . SEPTICÉMIES
ROUGEOLE, SCARLATINE, ANGINES
PHLEGMONS, OSTEOMYÉLITES
PLEURÉSIES PURULENTES
PLAIES INFECTÉES, etc.

FORMES EXTERNES

COLLUBIAZOL

COLLUTOIRE AU RUBIAZOL

calme instantanément la douleur

Angines . Rhino-Pharyngites
Stomatites

GYNÉCOLOGIE : Vaginites . Métrites du col etc., etc.

Laboratoires du Dr ROUSSEL - Paris

Reprezentant
pentru România
LABORATORUL
FARMACEUTIC



„LUTETIA” S.A.R.
STR. TOAMNEI 103
BUCUREȘTI III
TELEFON 2.21.38

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXIV

SIBIUL MEDICAL

Anul IX

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VII

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Lecțiunea inaugurală a profesorului Dr. C. Crișan, titularul catedrei de Istologie, ținută la 28 Ian. 1943

Cuvântul Decanului:

Domnilor,

Am deosebita bucurie să prezint azi în mod oficial pe d-l profesor Cornel Crișan, noul titular al catedrei de Istologie. Prin recomandarea sa unanimă, consiliul profesoral a făcut nu numai o alegere, dar și o demonstrație simbolică. Histologia a fost o disciplină care în neamul nostru a avut strălucite reprezentanți. E suficient să cităm pe Babeș, Marinescu, Obreja, Volnov, Scriban, Drăgoiu, Minea, Ureche și Vasiliu. În 1919 la înființarea Universității din Cluj, histologia era anexată Facultății de Științe, așa că această catedră la Facultatea de Medicină, este o creațiune pur românească. Ori la această catedră așa de frumos ornată de nume ilustre, consiliul profesoral a găsit de bine să adauge numele tânărului dar destoinicului profesor, Cornel Crișan.

Domnul Crișan este elevul nostru, elev care ne cinstește și ne îndreptățește toate speranțele. Domnul Crișan a participat la toată evoluția catedrei de histologie a Facultății de Medicină, încă dintru început, când ea era încă o dependență a Facultății de Științe. În tot acest timp Domnia Sa a contribuit la organizarea și perfecționarea învățământului histologic la noi. Domnul profesor Crișan este un adevărat om de știință. Tehnician eminent, Domnia Sa nu se mărginește să rămână numai în cadrul strict morfologic, ci caută să adâncească problemele de embriologie și nu nesocotește experimentul. Dar o clipă Domnia Sa nu-și uită îndatoririle didactice. Potrivit acestei vocațiuni didactice, a revăzut tratatul mult regretatului Drăgoiu, modificându-l acolo unde experiența proprie îl arată că trebuie să fie modificat, reducând părțile fără actualitate și adăugând cercetările cele mai noi.

Și încă ceva! Domnul Profesor Crișan este un om perfect cinstit, ducând acest scrupul al onestității până la o adevărată patimă. Studenții și noi profesorii putem

să fim totdeauna siguri atât de judecata cât și de hotărârile sale.

Cu aceste însușiri, catedra de histologie o vedem încredințată în mâinile sigure.

Domnule Coleg,

Misiunea Dumneavoastră este grea! Ne găsim într'un local improvizat și plin de lipsuri impuse de pribegie. Dar nu ne temem! Puterea Dumneavoastră de muncă, cât și marea Dumneavoastră pricepere, vor ști să învingă toate dificultățile.

Vă dorim sănătate, ca să sporiiți puterile Facultății noastre și să continuați marea tradiție histologică și cu un nume strălucit, să continuați mult timp, să profesati și în Institutul Dv. legitim din Cluj, care în bună parte este opera Dv.

I.

Cuvântul profesorului:

Domnule Decan,

Vă mulțumesc din inimă pentru prea elogioasele cuvinte, pe care mi Le-ați adresat și în, să Vă asigur, și din acest loc, de toată admirațiunea și stima mea desăvârșită.

Domnule Rector,

Domnule Decan,

Domnilor Profesori,

Doamnelor,

Domnilor,

Iubiți Studenți și Studente,

În acest emoționant moment al vieții mele, când, după o muncă grea de peste două decenii, depusă în sânul acestei Universități, mi-am atins, în sfârșit, idealul, aruncând o privire retrospectivă asupra trecutului meu mai apropiat, îmi place să mă aseamăn cu acel copil de trupă, care adoptat și crescut din fragedă copilărie de unități militare, se angajează să-și servească, la plinirea sorocului, cu devotament și cu fidelitate unitatea care

l-a adoptat și l-a crescut. Pentru că, într'adevăr, și pe mine m'a adoptat și m'a crescut o unitate, o unitate spirituală, dacă vreți, în care mi-am desăvârșit formația și pregătirea științifică. Pe această unitate, care este Alma Mater, mă oblig și eu acum, la plinirea vremii, să o servesc, după cea mai bună și curată conștiință a mea, cu devotament și cu fidelitate.

Cade-se, în această solemnă împrejurare, să aduc mulțumiri tuturor acelor, care prin concursul și sprijinul dat, mi-au înlesnit, să urc cea mai înaltă treaptă în ierarhia învățământului.

Gândul meu, drept prinos de recunoștință, se îndreaptă în primul rând spre acel trel, mult regretat! maestrul al mei, cărora le datoresc întreaga pregătire și evoluție științifică, precum și spiritul critic, atât de necesar deslegării problemelor, uneori foarte încurcate, din a mea specialitate.

Primiul an de ucenicie l-am făcut la profesorul Ion Scriban, savant și tehnician desăvârșit, atât de curând dispărut dintre noi! Era prototipul savantului adevărat, pasionat în urmărirea problemelor până la uitarea totală de sine. Era în stare să muncească fără să mănânce și fără să doarmă timp de 24 de ore și chiar mai mult. În lumea științifică internațională era considerat ca cel mai bun cunoscător al hîrudineelor de pe glob. A murit sărac și subit.

Gândul meu plin de recunoștință se îndreaptă, pe undele nevăzute ale eterului, spre un alt mare și distins maestru al meu, geheimeratul Erich Kallus din Heidelberg. În laboratorul lui, în care m'am bucurat de cea mai desăvârșită atenție și bunăvoință, mi-am completat cunoștințele de embriologie și de tehnică microscopică. Nutrea pentru mine sentimente aproape paterne, deși nu trecuseră decât câțiva ani dela marele măcel, în care noi eram în partide adverse. A murit sărac și subit.

Memoriile predecesorului meu, iubitelui și neuitatului maestru, regretatul profesor Ion Drăgolu, care a ilustrat cu atâta competență timp de aproape 18 ani catedra de Istologie și Embriologie a Facultății noastre, cărui l-am fost în tot acest timp intim și fidel colaborator, îl aduc, odată cu eternele mele regrete, și un prinos de sinceră și de profundă recunoștință, pentru tot ce m'a învățat și mi-a transmis din vastele Sale cunoștințe; iar pe doamna Drăgolu, nemângălată văduvă, departe de pământul scumpel și neuitatelor Sale patrii, o asigur de stima și de adâncul meu respect. Neuitatul meu maestru ne-a lăsat, în afară de un însemnat număr de lucrări de o incontestabilă valoare științifică, încă și un admirabil tratat de Istologie și de Tehnică microscopică, comparabil cu ori care tratat similar din strălătitate.

Regretatul profesor Drăgolu a murit, ca și ceilalți doi iluștri maeștri al mei, tot sărac și subit.

Văd, în această curioasă coincidență, de moarte fără durere, un fel de recompensă tardivă pentru mușcenica și munca lor desinteresată depusă pe altarul științei pure.

Vă rog, să vă ridicați, ca să păstrăm un moment de reculegere, în semn de pios omagiu, adus memoriilor celor dispăruți.

* * *

Mă folosesc cu plăcere de această solemnă ocazie ca, pe domnul ministru al Culturii Naționale și al Cultelor, Ion Petrovițu, care, fiind cel mai bun cunoscător al nevolilor și al spiritului Învățământului Superior, cu o largă înțelegere, a făcut, prin admirabila sa Lege Universitară, posibilă chemarea la catedră al unui însemnat număr de persoane din cadrele personalului didactic ajutător, să-L asigur de via și sincera noastră recunoștință.

Domnului Rector Iuliu Hațieganu, pentru căldura și bunăvoința cu care m'a susținut în cele mai grele momente, îl exprim profunda mea recunoștință.

Profit de acest moment să Le exprim devotamentul și sentimentul meu de grațitudine atât distinșilor specialiști al Comisiunii de chemare (președinte: Dr. V. Papilian, membri: Dr. C. I. Urechia și Dr. T. Vasiliu), pentru raportul foarte elogios și favorabil, cât și membrilor Onorabilului Consiliu profesoral, cari, prin votul lor unanim, au arătat, că apreciază munca mea de peste 22 de ani în domeniul Istologiei și al Embriologiei, încurajându-mă totodată, prin aceasta, pentru munca ce mă așteaptă în viitor.

Domnului profesor Iuliu Moldovan, care m'a onorat cu cinstea de a-l fi colaborator la o serie de valoroase lucrări și care, în câteva momente critice de nehotărîre și de împas din cariera mea, m'a sfătuit, sprijinit și ajutat, îl datorez o via și neîarmurită recunoștință.

Pe domnul profesor Marius Sturza îl încredințez, pentru simpatia și interesul ce mi le-a arătat în permanență, de tot respectul și devotamentul meu.

Domnului profesor Hermann Hoepke din Heidelberg îl exprim, pentru bunăvoința, pentru concursul precum și pentru ajutorul științific ce mi l-a dat și după plecarea mea de acolo, omagiile și mulțumirile mele cele mai simțite.

Mă achit de o obligațiune de onoare și de conștiință, în același timp, exprimând, în fața D-voastră, conducerii fundației Rockefeller, din America, cele mai sincere sentimente de grațitudine, pentru că mi-a procurat, prin bursa acordată, posibilitatea de a fi putut lucra în Institutul de Anatomie și Istologie al Facultății de Medicină a Universității din Heidelberg.

D-Voastră, On. Public, cunoscuți și prieteni, care ați ținut să asistați la această lecțiune inaugurală, Vă rog să primiți sincera mea recunoștință, deși îmi place să cred, că prezența D-voastră într'un număr

atât de impresionant, se datorește mai mult Interesul pe care-l purtați științelor biologice, decât atenției față de umila mea persoană!

Iar vouă, iubii studenți și studente, cu prilejul acestui început de muncă, trebuie să vă fac o mărturisire. Și vă rog să mă credeți, că în atari momente, cum este și cel de față, nu se pot face mărturisiri decât sincere!

În afară de Idealul împlinit, strict individual și egotist, amintit la începutul acestei cuvântări, mai am încă și un alt ideal, de ordin mai general, mai altruist, ideal cu un caracter de permanență, de continuitate, și anume, acela al împlinirii datoriei, al cinstei și al corectitudinii, ideal care, mai ales în aceste extreme de grele momente, prin care trece Țara și Neamul, ar trebui să-l înscriem cu litere de foc, cu toții, în mintile și în inimile noastre de Români. Știu bine, că volu întâmplina foarte multe greutăți și neajunsuri, dar sunt hotărât, să mă mențin pe această linie de conduită, orice s'ar întâmpla!

Vă asigur, că în sufletul meu vă bucurați cu toții de aceeași egală și caldă simpatie și iubire, considerând că ar fi o crimă, să fac deosebire între fiii și fiicele propriului meu Neam.

După cum iarăși cred, că a-ș comite un act de inconștiență, dacă nu v-aș cere, la timpul său, un minimum de cunoștințe absolut indispensabile înțelegerii celorlalte discipline, din anii care urmează. Gândiți-vă, că peste 4-5 ani veți dispune de viața semenilor voștri! Aș comite prin urmare o adevărată crimă, dacă nu mi-aș face, în primul rând, eu datorla față de voi, și, dacă n'aș cere, ca să v-o faceți și voi, tot față de voi, față de familia voastră și față de colectivitatea românească.

Noi, profesorii, vă împărtășim știința și cugetul nostru, vă dăruim sufletul nostru, vouă, studenți și studente de azi, care ați moștenit făclia focului sacru a generațiilor de ieri, pe care aveți datorla să o păstrați, să o alimentați cu sufletul nealterat al tinereții voastre, ca să o puteți, la rândul vostru, transmite cu mai multă căldură, cu mai mare strălucire, generațiilor de mâine.

Unii entuziasmul tinereții cu conștiința datoriei, căci numai în acest fel vă veți servi pe voi înșivă, familia voastră și scumpa, întregita și eterna noastră Patrie!

II.

După aceste cuvinte de mulțumire și de gratitudine, adresate acelor cărora li se cuvin, dați mi voe acum, să intru în subiectul lecțiunii mele inaugurale.

În general, despre Istologie și Embriologie, studiu pe care am cinstea să-l predau dela această catedră, se crede, nu numai în afară de Universitate, ci chiar și în sânul Facultății de Medicină, printre studenți mai ales, că ar fi un studiu sec, arid și extrem de greu,

menit mai mult să îngreuneze programul, de altfel destul de încărcat al studenților din primul an. Părere, mă grăbesc să o spun de la început, complet greșită! Nu există fenomen fiziologic, patologic ori biologic, care să se poată deslega, care să se poată înțelege și cu folos interpreta, fără solide cunoștințe de Istologie și de Embriologie. Și, ca o dovadă despre capitala importanță a acestui studiu în științele biologice, precum și pentru a demonstra posibilitățile de lucru și de cercetări în acest domeniu, este suficient să amintesc, că, pentru rezultatele obținute pe urma experimentelor lor, doi mari savanți au fost premiați, în timpul din urmă, cu cea mai înaltă distincțiune din zilele noastre, cu premiul Nobel: unul, americanul Thomas Hunt Morgan, cea mai înaltă figură științifică a epocii noastre, obține această distincțiune în anul 1933, ca o dreaptă recompensă pentru lucrările sale clasice de embriologie experimentală, contribuind, ca nimeni altul, prin cercetările sale asupra cromozomilor la *Drosophila melanogaster*, musculița de vin, mușța, cum i se mai spune, la ridicarea splendidului edificiu al Geneticii moderne (J. Rostand: în „Embryologie et Génétique” de Th. H. Morgan); celălalt, germanul Hans Spemann, obține același premiu în anul 1936, datorită genialelor sale experiențe asupra ouălor de triton. El a introdus în studiul Embriologiei experimentale, mulțumită metodelor greilor embrionare, noțiunea admirabilă de „organizator” și de „inducție”.

Desvoltarea acestor probleme depășind cadrul lecțiunii mele, volu trece numai decât la tratarea următorului subiect, ales pentru această lecțiune inaugurală: „*Noi suntem frații părinților noștri*”.

Știind că am să vorbesc în fața unui public format nu numai din specialiști, ci și din persoane în afară de universitate, cunoscuți și prieteni, am ales dinadins un subiect, care să-l intereseze pe toți deopotrivă. Tot din acest motiv n'am ales o problemă din propriile mele lucrări.

Faptul, că dintr'un grăunte incolțește un fir de grâu, ori că dintr'un ou iese un pui de găină, ni se pare o banalitate. Cu toate acestea un adevărat miracol se petrece de fiecare dată! Și nu cred să existe o problemă mai pasionantă, mai sesizantă decât problema devenirii.

Știm cu toții, că orice ființă viețuitoare, care face parte dintr'o specie cu dimorfism sexual, adică cu două sexe, deci și omul, își începe existența individuală sub forma unei infime și umile picături de gelatină transparentă, numită ou sau zigot (dela grecescul οὐγγαμῆω, care înseamnă a se căsători), fiindcă această celulă inițială, din care vor lua naștere, printr'o serie de diviziuni și de diferențieri succesive, toate acele trilioane și trilioane de celule epiteliale, osoase, conjunctive, cartilaginose, sanguine, musculare, nervoase, etc., care

alcătuiesc organismul, provine din fuziunea, din joncțiunea a două celule germinale, respectiv detașate din corpul părinților: una, celula maternă, *ovula* sau *gametul femel* (cuvântul vine dela grecescul γαμήτης, ce înseamnă soție), descoperit de v. Baer la 1827, și alta, *celula paternă, gametul mascul* (dela grecescul γαμήτης, care însemnează soț), văzut pentru prima dată la 1677 de către Leeuwenhoeck și studentul în medicină Luis Hamm din Leyda, oraș în Olanda meridională; el l-au numit, crezându-l, datorită mișcărilor lui, un animal parazit, *spermatozoid* (σπέρμα = sămânță și ζῶον = ființă viețuitoare, animal).

Ovula la om (fig. 1), deși cea mai mare celulă din organism, nu măsoară mai mult de 200 μ, adică

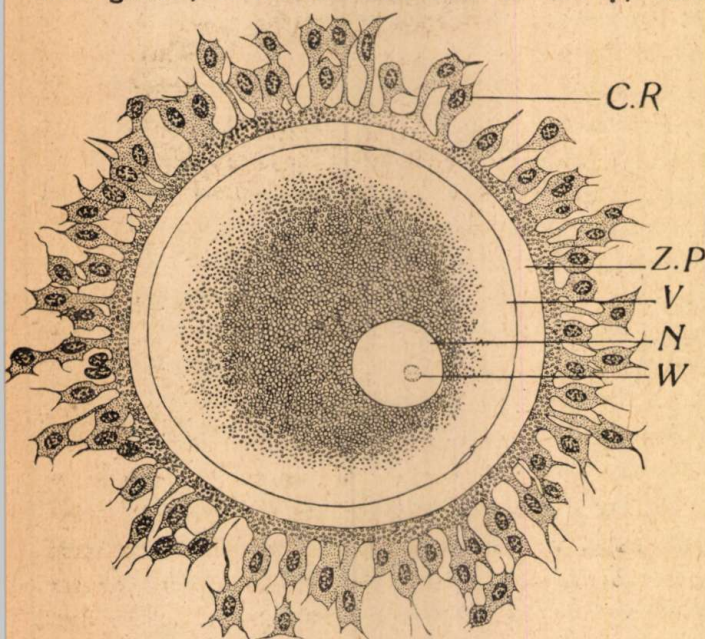


Fig. 1 (d. Waldeyer).

2 zecimi de mm, se află deci aproape de limita vederii libere. Această celulă sferică, imobilă, dotată cu energie statică și provăzută cu un nucleu tot sferic, se află într'un echilibru de maturare. Ea provine din glanda ovariană, care expulzează în fiecare lună câte una, deci un total dela 300 până la 400 în cel 35 de ani, cât durează aproximativ viața sexuală la femele.

Spermatozoidul (fig. 2), având menirea exclusivă de a căuta, în căile genitale femele, ovula, pentru a o fecunda, are o structură, care diferă în mod esențial de aceea a partenerului de sex opus. El, dotat cu o energie dinamică, mobil, filiform, gracil, lung de 52 - 62 μ, la om, este format dintr'un cap alungit, care are valoarea unui nucleu condensat, dintr'un gât, prin care acest cap se articulează cu corpul, și o pleoară intermediară, a cărei aparat motor, foarte complicat și delicat, pune în mișcare un filament de protoplasmă, un flagel, sau coada, care, animată de energice mișcări șerpuitoare, constituie segmentul locomotor al spermatozoidului. Datorită tocmai acestor structuri extrem de

complicate, se observă existența unui mare număr de spermatozoizi anormali (Fig. 3), monstruoși, ca de pildă pitici, giganți, cu un cap și mai multe cozi, ori cu mai multe capete și cu o singură coadă și a. m. d.

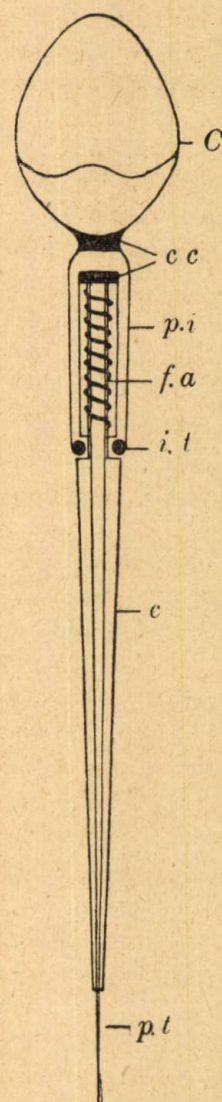


Fig. 2 (d. Meves).

Fig. 4 reprezintă diferite specii de spermatozoizi, astfel: de om (A), șobolan (B), insectă (C), triton (D), pește (E), reptilă (F), rac (G), ascaris (H), Oxlur (I) și de crustaceu decapod (J).

Din fuziunea acestor două celule deci luând naștere, după cum am spus, *oul fecundat*, zigotul sau germenul, rezultă, că aceste două *celule germinative* sau generatoare, fiind singurele care mijlocesc continuitatea între părinți și copii, între ascendenți și descendenți, sunt deținătoarele a tot ce din punct de vedere biologic moștenim dela părinți; sunt, prin urmare, *transmițătoarele eredității vitale*. Din fuziunea lor deci va lua naștere o nouă ființă, un descendent, asemănător ascendenților.

Se pune acum întrebarea: unde rezidă ereditatea, moștenirea, în celulele generatoare? Care părți ale acestor celule reprezintă suportul material al însușirilor ereditare?

Cu vreo 30 de ani în urmă n'am fi putut da un răspuns precis la această întrebare; astăzi însă, datorită mai ales admirabilelor lucrări ale lui Thomas Hunt Morgan, știm, că zestrea vitală, patrimoniul ereditar, rezidă, în mod esențial, în niște componente nucleare, numite *cromozomi* (dela grecescul χρωμα = culoare, și σωμα = corp), numite astfel fiindcă au o afinitate deosebită pentru anumiți coloranți. Cromozomii aceștia, niște minuscule bastonașe, cu o structură extrem de complicată (după cum arată și Fig. 5), sunt formați, în ultima analiză, dintr'un număr foarte mare de granule (aproximativ 10-20.000 în cromozomii unei singure celule), numite *gene* (γενεά = naștere, devenire, cu ideea de descendență, origine), invizibile la microscopul obișnuit, având dimensiunile celor mai mari molecule proteice; aceste sunt *adevăratele unități ereditare*.

Este interesant de știut, că numărul cromozomilor este fix și caracteristic pentru fiecare specie în parte; astfel, omul are 48, drosophila 8, găina 32, broasca 26, câinele 60, trandafirul 14, porumbul 20, iar maimuțele din Africa, care au cea mai mare asemănare cu făp-

tura omenească, au, ca și noi, tot 48 de cromozomi, în timp ce maimuțele inferioare din America și Australia, de exemplu, au 54. Din acest punct de vedere deci omul este mai înrudit cu maimuțele din Africa, decât sunt acestea cu acele din America și Australia.

Din cele expuse rezultă, că nucleul are o structură de o complexitate și de o fineță atât de excep-

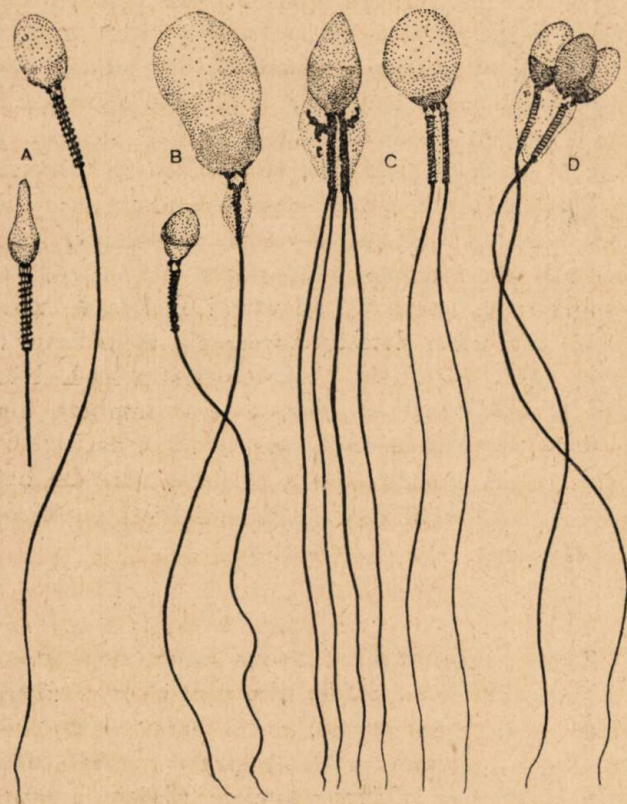


Fig. 3 (d. Broman).

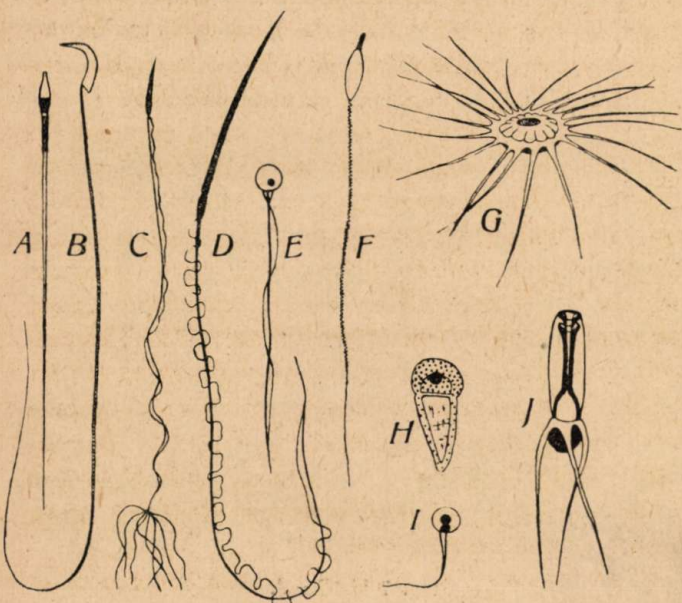


Fig. 4 (d. Ballovitz și Hermann).

țională, încât nu cred să existe în lume, fie ființă vie, fie materie moartă, să-l poată egala. Și, ca să ne putem

da seamă de această extraordinară complexitate structurală, ne vom servi de următorul raționament: Orice ființă omenească provine din fuziunea unei ovule cu un spermatozoid. Aceste două elemente sunt purtătoarele caracterelor ereditare. Pe glob trăesc în prezent 2,200,000,000 de oameni, să zicem în medie două miliarde. Ori, cele două miliarde de ovule fecundate, din care va lua naștere viitoarea generație de oameni, încap toate într'un borcan de castraveți cu o capacitate de 4 l. și 1/2, mai exact 4 l. 543 cc. Cum însă suportul material al zestrei ereditare îl formează aproape numai nucleii, substanța ereditară a celor două miliarde de

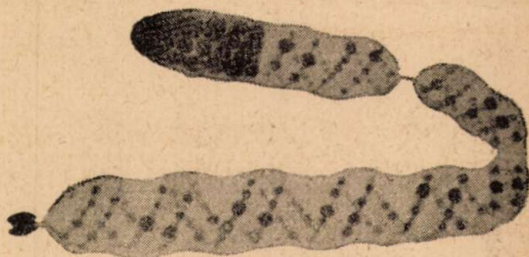


Fig. 5 (d. Heitz).

ovule nefecundate încap toate într'o 1/2 de tabletă de aspirină, iar a celor două miliarde de spermatozoizi, cari vor fecunda aceste ovule, în cealaltă jumătate de comprimat de aspirină. Cu greu, întradevăr, ne putem închipui, cum patrimoniul ereditar al generației viitoare a omenirii întregi să încapă într'un spațiu atât de restrâns! Într'o tabletă de aspirină să încapă toată structura ereditară, chemată să determine toate caracterele fizice, morale și psihice ale tuturor indivizilor, tuturor raselor, tuturor popoarelor din toată lumea! (H. I. Müller: „Hors de la Nuit“).

III.

Toate celulele corpului omenesc, după cum am spus, conțin 48 de cromozomi, cu excepția celulelor reproducătoare mature, care în cursul proceselor de maturare, își reduc numărul de cromozomi la jumătate, deci la 24. Această „*reducere cromatică*” constituie fenomenul, pe care se bazează întreg mecanismul intim al *teoriei eredității*. Prin urmare, celulele sexuale, fiind *celule incomplete* și sortite pieririi sub această formă, vor căuta, cu orice preț, să-și salveze viața, completându-și reciproc numărul de cromozomi la acela caracteristic speciei. Așa se explică, prin urmare, afinitatea și atracția irezistibilă dintre cele două sexe!

De fiecare dată, prin actul sexual, peste 200,000,000 de spermatozoizi maturi, dar incompleți, pătrund în căile genitale femele, angajându-se între acești prezumtivi „logodnici” un concurs pe moarte și pe viață, pentru a afla și a fecunda ovula, care, ca o umilă și răbdătoare cenușăreasă, așteaptă într-unul din nenumă-

ratele ascunzătorii oferite de mucoasa extrem de încrețită a trompelor lui Fallope. Numai unul din acest enorm număr de concurenți, cel mai vișuros, cel mai rezistent, așa numitul spermatozoid favorit va fi acela, care va ajunge întâiul și spre care ovula (fig. 6), în semn de

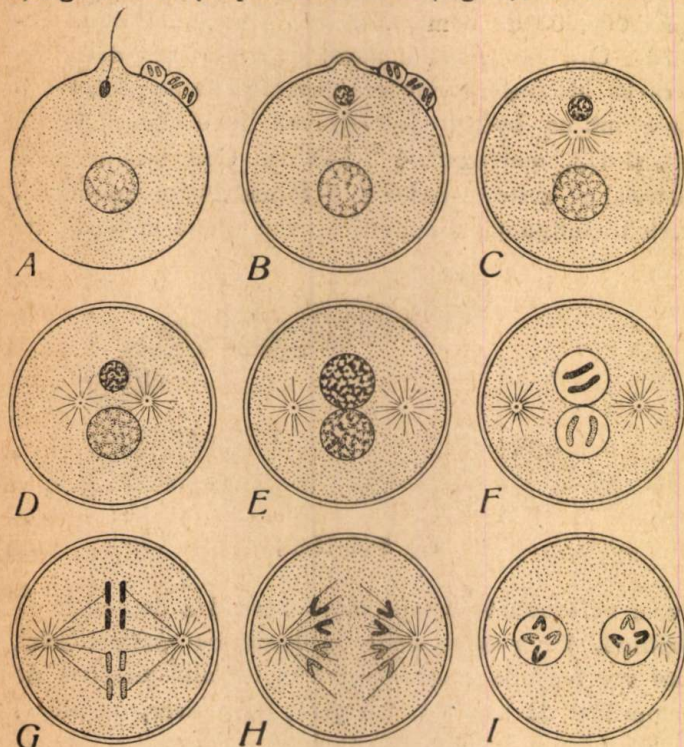


Fig. 6 (d. Boveri).

deosebită favoare, va întinde un braț, con de atracție numit, și-l va trage spre interior. Acesta, pentru a-și asigura victoria, provoacă, numai decît, prin modificarea stării fizico-chimice a coloizilor plasmaticei dela suprafața ovulei, formarea unei membrane de jur împrejur, impledând astfel pătrunderea altor concurenți întârziți și încomozi.

Astfel s'a îngrijit natura, printr'un exces de prodigialitate, ca cel mai capabil, cel mai dotat dintre toți spermatozoizii, să fie acela, care să transmită zestrea ereditară, calitățile fonciare ale tatălui. Și ovulele vor fi selecționate, căci, din cele 72.000 de ovule, câte iau naștere în cele două ovare, abia 3—400 ajung la maturitate.

Îndată ce spermatozoidul a pătruns în interiorul ovulei, capul se separă de plesă intermediară și de coadă; el va fi deci decapitat! Stăbilitatea sexului forte, de așa pierde capul în fața sexului slab, este deci, după cum vedeți, un suvenir ancestral. Capul spermatozoidului, care nu este altceva decît un nucleu condensat, după cum am spus, absorbind lichide se va umfla și, apropiindu-se de nucleul ovulei, se va fuziona cu acesta, amestecându-și cromatina, fenomen numit *amfimixie*. Și astfel, din căsătoria acestor doi gameti, va rezulta oul fecundat sau zigotul, pentru că συγγαμέω înseamnă a se căsători.

Din descrierea actului fecundației s'ar părea, că atribul unor fenomene biologice naturale, oarecari tendințe fina iste, dirijate de rațiune în vederea unui anumit scop și, că așa considera cauzele și mecanismul lor oarecum asemănătoare fenomenelor omenești; totuși, vă rog, să nu mă acuzați de antropomorfism, căci nu fac parte din acela, care cred, că natura ar fi creată să-l servească pe om; nu cred că rostul lunii ar fi să lumineze noaptea sau să inspire poezii; după cum tot așa nu cred, că pepenele galben ar fi brăzdat la suprafață, ca să se poată mai ușor împărți în familiile cu numeroși copii; nu atribul fenomenelor naturale și naturii, în generație, sentimente, eforturi sau dorințe omenești, dar, că nu se poate datora hazardului formarea atât de complicatului aparat vizual sau auditiv, funcțiunea atât de promptă a aparatului termo-regulator sau a creierului, este iarăși adevărat! Trebuie să existe, în sensul *entelechiei* (ἐντελέχεια=energie în putință, în acțiune, sfârșit, perfecțiune) lui Aristot și a lui Leibniz, o lege generală, fundamentală, care să imprimă filitelor vie o continuă tendință spre suprema perfecțiune, pentru că în sens contrar, viața pe acest mizerabil bulgăre de pământ ar fi dispărut de mult, ori poate nici nu ar fi apărut.

IV.

Zigotul, rezultat din fuziunea celor două celule reproducătoare, deținător, deci, în părți egale, a zestrei ereditare a celor doi părinți, începe numai decît să se dividă, să se segmenteze. întâi în două celule fiice, numite *blastomere* (βλάστη=germen; μέρος=porțiune); apoi, fiecare din aceste două celule fiice se divide în alte două, rezultând astfel patru blastomere, apoi 8, 16, 32, 64, 128, și a. m. d., din ce în ce mai mic, până ce la un moment dat, obținem o formațiune cu aspect de mură (fig. 7), de unde și numele ei de *morulă*

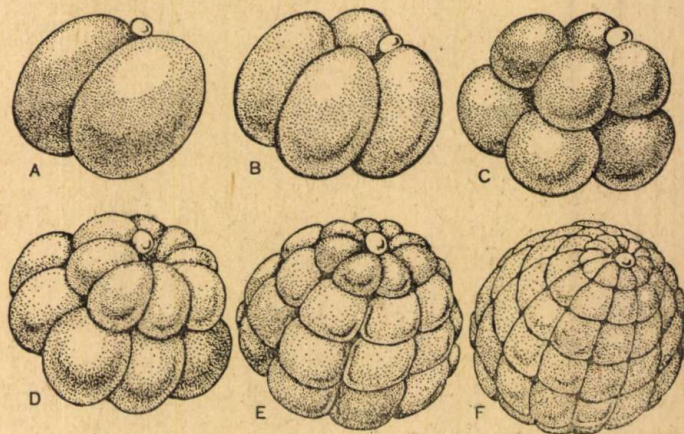


Fig. 7 (d. Clara).

(μόρον=mură). În această morulă, într'un stadiu ceva mai avansat, apare o cavitate, care se umple cu un lichid. Cavitatea crescând și lichidul înmulțindu-se din

ce în ce, blastomerele dela centru vor fi împlinse în spre periferie în așa fel, că, la un moment dat, ajungem la o formațiune sferică cu aspect de minge, minge de cauciuc (fig. 8), numită *blastulă*. Apoi, printr'o serie

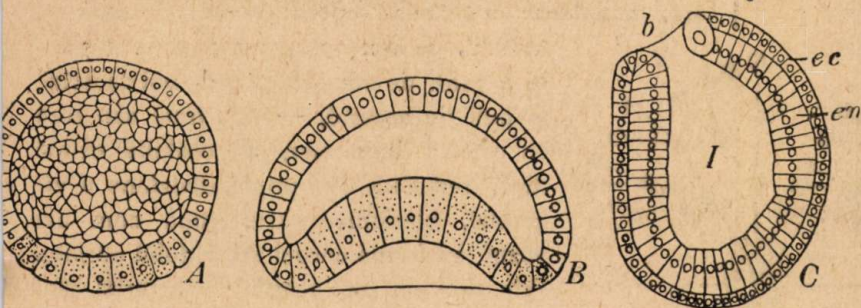


Fig. 8 (d. Hatschek).

întreagă de fenomene ulterioare de ridicare și de scufundare, de evaginare și de invaginare, de înmugurire și de resorbție, se schițează încetul cu încetul și treptat treptat corpul noului individ, cu toate țesuturile, cu toate organele și aparatele, care îl compun.

În tot cursul acestor diviziuni celulare numărul de cromozomi, caracteristic speciei, se menține neschimbat, căci, de fiecare dată, când o celulă se divide, cei 48 de cromozomi se divid și ei, fiecare despiciându-se în două (fig. 9), astfel că, numărul lor dublându-se la 96, fiecare celulă fiică va obține, conform *legii constanței cromozomilor*, câte 48 de cromozomi.

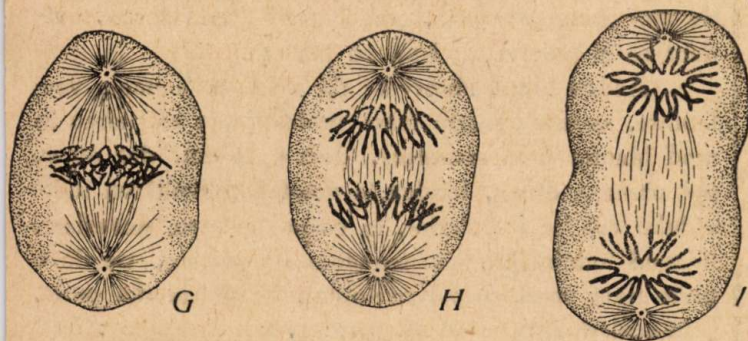


Fig. 9 (d. Drăgoiu).

V.

După aceste câteva noțiuni prealabile și absolut indispensabile înțelegerii subiectului nostru, să vedem acum, de ce copiii noștri sunt frații noștri? De ce noi suntem frații părinților noștri?

Germenul inițial, oul fecundat, după cum știm, dă naștere unui organism. Multă vreme s'a crezut și se mai crede și astăzi de cel neluștăit, că acest organism, odată adult, va produce celulele sexuale, ovulele și spermatozoizii.

Ori, lucrurile se petrec cu totul altfel! Un naturalist german, cu numele *August Weismann*, născut în Frankfurt pe Meina în anul 1834, ajuns profesor de științe naturale la universitatea din Freiburg în Brisgau în anul 1867, nemai putându-și continua, dela vârsta de 30 de ani, cercetările sale de laborator, din cauza

unei grave maladii de ochi, s'a consacrat cu multă pasiune speculațiunilor de ordin biologic. În anul 1883, într'un discurs rămas celebru, August Weismann își expune teoria sa clasică despre *continuitatea plasmelor generative*. (J. Rostand: „L'Evolution des Espèces” și „De la Mouche à l'Homme”).

Conform acestor teorii din germen vor deriva dela început două linii celulare distincte: una, numită *somatică*, căci prin diferențieri ulterioare va forma corpul, sau soma (σῶμα), cu o existență limitată, el fiind muritor, și altă linie celulară, numită *germinală*, care derivă tot direct și imediat din ou. Celulele acestor

ultime linii rămân în glandele sexuale, într'o stare de latență, nediferențiate, pentru ca la momentul potrivit, adică începând dela pubertate, să fabrice celulele reproducătoare, a căror menire este să perpetueze specia, asigurând continuitatea între generațiile care au fost și între acele care vor fi, deci între părinți și copii, între ascendenți și descendenți. În acest sens sunt, în condiții prielnice, *nemuritoare*, sau, după cum exprimă aceeași noțiune a continuității, dar în altă ordine de idei, marele nostru savant, profesorul Emil Racoviță, dela Timișoara, — de altfel, un aprig adversar al teoriei lui Weismann, mai ales în ceea ce privește completa independență a celulelor liniei germinale de corp, părere pe care nici noi, ea fiind contrară oricărei posibilități de evoluție, nu o acceptăm în întregime, — în frumoasa sa limbă moldovenească: „Zestrea vitală, de care se bucură astăzi fiecare vîetate, a fost moștenită din tată în fiu, din neam în neam, din spiță în spiță, fără ca să se fi rupt vreodată firul, care leagă făptura de azi cu cele dintîi alcătuliri de elemente, ce în groaza timpurilor nemăsurate au pricinuit și găzduit cele dintîi puteri ale vîetii”; și mai departe: „... de câte ori s'a tălmăcit vreo fiică necătită încă, s'a dat tot de aceeași și singură poveste, fără început și fără sfârșit, a ne-începutei, nesfârșitei, dar neconținutei, și pururea deosebitei transformări ale aceleiași zestri lumești de către aceleași energii”. (E. G. Racoviță: „Evoluția și Problemele ei”).

Aceste celule deci, *această plasmă generativă*, nu este un produs al corpului, ci *derivă dela început din germen* și astfel legătura între generații nu se face dela corp la corp, ci dela germen la germen. Corpul deci ar avea numai rolul de ocrotitor, de hrănitor al celulelor spiței germinale, precum și rolul de mijlocitor, facilitând întâlnirea dintre sexele opuse. Fig. 10 reprezintă continuitatea plasmelor generative (punctele mici corespund celulelor somatice, cele mari reprezintă linia germinală).

Nu mă voi ocupa aici, căci aceasta ar depăși cadrul lecțiunii mele, de consecințele importante ale noțiunii continuității plasmelor generative asupra diverselor teorii referitoare la evoluția speciei, la moștenirea

variațiunilor adaptative provocate de mediu și de exercițiu îndelungat, deci asupra teoriei moștenirii însușirilor dobândite, ci mă voiu mărgini să spun, că teoria lui Weismann s'a arătat a fi, pe baze de cercetări embriologice, în linii generale, perfect verificată.

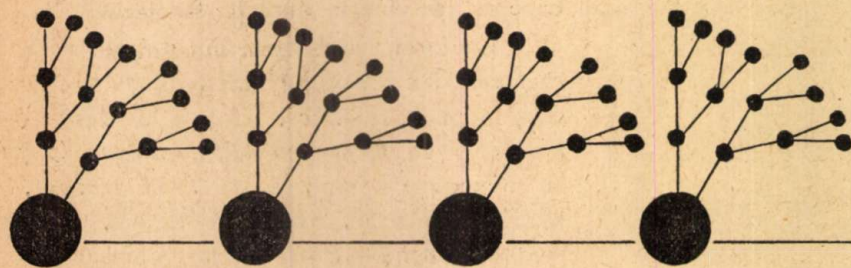


Fig. 10 (d. da Costa).

Iată câteva exemple.

Dacă urmărim noi dela început evoluția unui ou fecundat de *Ascaris megalocephala*, un vierme nematod, care trăiește ca parazit în intestinul de cal, imbricul de cal, cum i se spune, vom vedea (Fig. 11), că cele

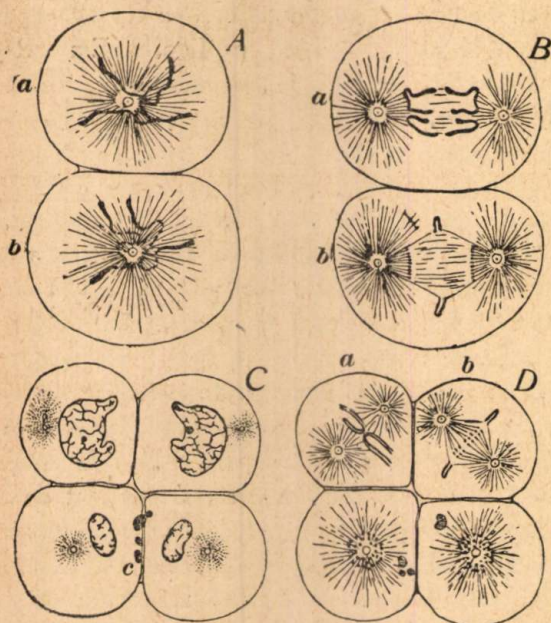


Fig. 11 (d. Boveri).

două blastomere care rezultă din prima segmentație, deși egale ca mărime, nu sunt perfect identice din punct de vedere structural: una din ele va prezenta cromozomii fragmentați, granuloși (Fig. 11, b), iar cealaltă va avea cromozomii întregi, nefragmentați, netezi (Fig. 11, a). Distrugând cu un ac foarte fin, sau cu ajutorul unui aparat numit micromanipulator, blastomerul cu cromozomii întregi, vom observa că din celălalt blastomer va lua naștere un ascarid normal la prima vedere, dar care, examinat în secțiuni microscopice, vom

vedea, că este lipsit de glande sexuale, deci de celule reproducătoare. Ce rezultă din această experiență? Rezultă, că blastomerul cu cromozomii întregi dă naștere, în împrejurări normale, celulelor germinative, care, unindu-se cu celulele reproducătoare ale unui alt

ascarid, de sex opus, pentru a da naștere la o serie de noi indivizi, de noi ascarizi, la pui de ascarid, — este frate sau soră cu celălalt blastomer, cu cealaltă celulă fiică, rezultată din prima diviziune a zigotului, blastomer care, după cum am văzut, va forma corpul ascaridului părinte. Prin urmare, pui aceștia de ascarizi sunt frați cu părinții lor, fiindcă provin din

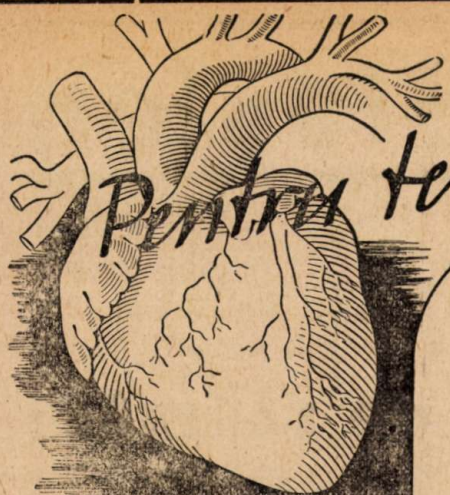
celule surori cu celulele din care s'a format corpul părinților.

Un alt exemplu. America de Nord este patria unul gândac, care distruge cartofii, numit *Leptinotarsa decemlineata*; nemțul îl zic *Kartoffelkäfer* sau *Colorado-käfer*. Oul nesegmentat al acestui gândac prezintă la unul din poli o serie de granulațiuni, care deja dela prima diviziune trec în una din cele două blastomere. Ori, dacă suprimăm acest pol, sau blastomerul cu granulațiuni, gândacul, care va lua naștere, va fi lipsit de testicule sau de ovare. Prin urmare, și din acest caz rezultă, că primele două blastomere, din care va lua naștere pe de o parte soma, corpul părintelui, iar pe de altă parte germenul, noul individ, fiind surori, evident că și pui vor fi frați cu părinții.

Aceste fapte, observate de altfel și la unele vertebrate, care cu foarte mare probabilitate se petrec în mod identic și la mamifere, deci și la om, dar nu se pot observa direct, fiindcă la acestea dezvoltarea individului are loc la interior, în corpul matern, dovedesc, în mod îndubitabil, că germenul dă naștere, pe de o parte unui corp, corpul părinților, iar pe de altă parte, și în același timp, unui alt germen, adică copililor; deci copiii noștri sunt frații noștri; ei vin dela o mamă mare depărtare decât noi și nu fac în noi altceva decât să aștepte; germenii noștri se separă din noi înainte de ce noi am fi trăit, înainte de ce ne-am fi format; noi procreăm, pentru a ne exprima astfel, înainte de a ne fi născut (J. Rostand: „De la Mouche a l'Homme”).

Copiii noștri prin urmare sunt frații noștri; ei vin din plasma germinativă, care a început odată cu prima filiație viețuitoare, cam cu vre-o două miliarde de ani în urmă, continuându-se din neam în neam fără întrerupere, atâta timp, cât va mai exista filiația viețuitoare pe această minuscule și războinică grămadă de noroiu.

Și dacă, dintr-un ou obținem un corp și mai mulți germeni, atunci nu găina a fost întâiu, ci oul, care a dat naștere găinii și altor ouă (Kouklin).



Pentru terapia Digitală

și pentru tratamentul economic de lungă durată, cardiacul consacrat, cu început de acțiune rapidă și cu efect îndelungat

DIGITALIS-DISPERT

Procedeul de fabricațiune „Dispert” asigură, prin gradul înalt de dispersiune — în mărimea eritrocitelor umane — o rezorbție optimală și o toleranță perfectă.

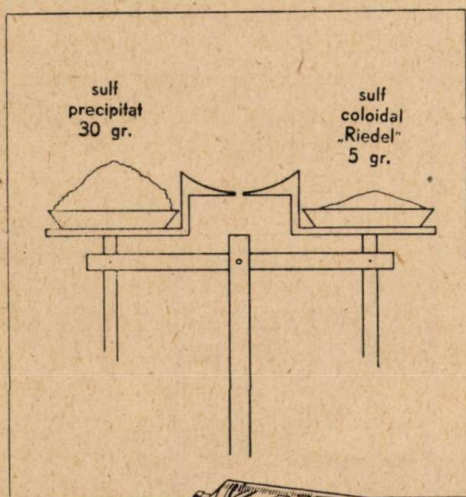


„Rhenania” Secția Farmaceutică a S. A. KALI-CHEMIE, Berlin
Dep.: Pharmag S. A., Brașov

Digitalis-Dispert

Tablete • Supozitoare • Soluție

CATAMIN



conține SULF COLOIDAL

Grație concentrației mici se evită iritațiunile.

Acțiunea puternică este asigurată prin dispersiunea în particule mici.

Indicațiuni:

Scabie
Pitiriază
Eczeme
Prurigo
Intertrigo
Acnee



Forme de prezentare: Tuburi de 30 și 55 gr.

J. D. RIEDEL E. de HAËN, A.-G. BERLIN-BRITZ

Reprezentant pentru România: RUDOLF FOREK

București III, Str. G-ral Eremia Grigorescu, 6

Sanatoriul St. Blasien

Altitudine 800 m.



Prospecte ilustrate gratuite.

Condițiuni climatice favorabile,

Climat curativ special.

Stabilimentul particular cel mai înalt
situat din Germania pentru

bolnavi de plămâni

într-o poziție privilegiată în regiunea sudică a
pădurii Schwarzwald.

COSTUL TRATAMENTULUI:

în camere pt. două persoane dela RM 9

în camere pentru o persoană dela RM 11

Medic Șef: **Profesor Dr. A. Bacmeister**

Medic Conducător: **Dr. A. Emmeler**
Chirurg

SANATORIUL ST. BLASIEN

Südl. Bad. Hochschwarzwald
Bahnhof Seebrugg (Deutschland)

Somniferul cu efect sigur

chiar și în doze mici
($\frac{1}{2}$ tabletă), somn recon-
fortant și o deșteptare
înviorătoare cu

QUADRO-NOX

ASTA A. G. CHEMISCHE FABRIK BRACKWEDE i. W.

Literatură și eșantioane vă stau cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R. ★ Strada Sf. Ionică No. 8, București



Cercetări asupra regenerării membrelor posterioare de *Triton vulgaris*

de

Profesor Dr. V. Papilian și Conferențiar Dr. V. Preda

Acțiunea diferitelor substanțe chimice asupra proceselor de regenerare, formează o problemă puțin studiată și neelucidată încă, rezultatele obținute până în prezent nefiind concludente. Astfel *Bilski* (1926) a arătat că alcoolul în doze slabe accelerează și g. nerarea cozii mormolocilor, pe când aceeași substanță, în doze ridicate, produce inhibarea acestui proces. Sărurile biliare exercită, după *Vejnarova* (1924), o influență acceleratoare asupra regenerării cozii la *Triton*.

În studiul nostru am căutat să vedem care este acțiunea substanțelor simpaticotrope (adrenalină) și parasimpaticotrope (pilocarpină) asupra regenerării membrelor posterioare. Ca material de studiu a fost ales *Amphibianul Urodel Triton vulgaris*. Tritonii aleși pentru experiențe au fost împărțiți în 4 serii, fiecare serie având câte trei Tritoni. Operația a constat în secționarea membrului posterior stâng la nivelul bazei lui. Apoi la fiecare serie, primul Triton operat a fost crescut în 50 cc apă de robinet, al doilea Triton a fost crescut în 50 cc apă de robinet căreia i s'a adăugat 1 cc adrenalină soluție 10/100. În fine al treilea Triton a fost crescut în 50 cc apă de robinet căreia i s'a adăugat 4 picături de pilocarpină soluție 10/100. Mediul martorilor și a tritonilor adrenalizați a fost schimbat zilnic. Observând că tritonii prezintă o sensibilitate exagerată pentru pilocarpină, am ajuns printr-o serie de dibuiri, la concluzia ca acești tritonii să fie ținuți zilnic doar 10 minute în mediul pilocarpinizat, pentru ca în restul timpului să fie crescuți doar în apă simplă de robinet. Dacă ținem tritonii mai mult de 10—15 minute în soluția de pilocarpină, oricât de diluată ar fi aceasta, tritonii nu supraviețuiesc. Hrana, constând din bucățele mici de carne crudă, le-a fost administrată odată pe săptămână. Temperatura mediului în care au fost crescuți, a fost temperatura aerului din laborator.

S'a observat că în timp ce tritonii martori și cei adrenalizați stau liniștiți la fundul borcanului, tritonii pilocarpinizați plutesc nemșcați la suprafața apei. Chiar atunci când acești din urmă tritonii sunt excitați, după câteva mișcări, ei revin din nou la starea de plutire. Am pus această poziție a tritonilor pilocarpinizați în legătură cu o necesitate mai mare de oxigen a acestor tritonii, datorită unor oxidațiuni tisulare mai puternice datorită pilocarpinei.

Rana se cicatrizează repede, dar nu se acopere de piele, căci după o săptămână se desemnează vag apariția unui mugure. Tritonii au fost studiați și măsurați la diferite intervale, fiind fotografiați în stadiile caracteristice. Iată rezultatele obținute:

Seria I. — Tritoni operați în ziua de 14 Septembrie.

La martor mugurii degetelor apar în 12 Oct.

La adrenalină " " " " 14 Oct.

La pilocarpină " " " " 22 Oct.

În ziua de 25 Octombrie, tritonii au fost fotografiați (Fig. 1). Iată dimensiunile membrului regenerat în acest stadiu:

	mm.	mm.	mm.	Total
Martorul avea:	coapsa de 2	gamba de 2	planta de 3	7 mm.
Adrenalină " " " 2	" " 1 1/2	" " 2 1/2	" " 2 1/2	6 mm.
Pilocarpină " " " 1 1/2	" " 1	" " 1 1/2	" " 1 1/2	4 mm.



Fig. 1. — Dela stânga la dreapta: martor, adrenalină, pilocarpină.

Seria II. — Tritoni operați în 15 Septembrie.

La martor mugurii degetelor apar în 13 Oct.

La adrenalină " " " " 13 Oct.

La pilocarpină " " " " 23 Oct.

În ziua de 25 Octombrie, tritonii au fost fotografiați (Fig. 2). Iată dimensiunile membrului regenerat în acest stadiu:

	mm.	mm.	mm.	Total
Martorul avea:	coapsa de 2	gamba de 2	planta de 2 1/2	6 1/2 mm.
Adrenalină " " " 2	" " 2	" " 2	" " 2	6 mm.
Pilocarpină " " " 1 1/2	" " 1	" " 1 1/2	" " 1 1/2	4 mm.



Fig. 2. — Dela stânga la dreapta: martor, adrenalină, pilocarpină.

Seria III. — Tritoni operați în ziua de 25 Septembrie.

La martor mugurii degetelor apar în 24 Oct.

La adrenalină " " " " 26 Oct.

La pilocarpină " " " " 30 Oct.

În ziua de 31 Octombrie, tritonii au fost fotografiați (Fig. 3). Membrul regenerat prezintă următoarele dimensiuni:

	mm.	mm.	mm.	Total
Martorul avea: coapsa de $2\frac{1}{2}$		gamba de $1\frac{1}{2}$	planta de 2	6 mm.
Adrenalina „ „ 2	„	„ $1\frac{1}{4}$	„ „ $1\frac{1}{4}$	$4\frac{1}{2}$ mm.
Pilocarpina „ „ 1	„	„ $\frac{1}{2}$	„ „ $\frac{1}{4}$	$1\frac{3}{4}$ mm.



Fig. 3. — Dela stânga la dreapta: martor, adrenalină, pilocarpină.

Seria IV. — Tritoni operați în ziua de 26 Septembrie.

La martor	mugurii degetelor apar în 26 Oct.
La adrenalină „ „ „	„ 27 Oct.
La pilocarpină „ „ „	„ 31 Oct.

În ziua de 1 Noiembrie, tritonii aveau un membru posterior de următoarele dimensiuni:

	mm.	mm.	mm.	Total
Martorul avea: coapsa de 2		gamba de $1\frac{1}{2}$	planta de 2	$5\frac{1}{2}$ mm.
Adrenalina „ „ $1\frac{3}{4}$	„	„ $1\frac{1}{4}$	„ „ $1\frac{1}{2}$	$4\frac{1}{2}$ mm.
Pilocarpina „ „ $1\frac{1}{4}$	„	„ $\frac{1}{2}$	„ „ $\frac{1}{4}$	2 mm.

Din toate aceste date rezultă că regenerarea membrului posterior la tritonii crescuți în soluții de substanțe simpatico și parasimpaticotrope, este mai lentă decât la martor. Regenerarea se face mai încet la pilocarpină decât la adrenalină.

Într'un articol precedent în care am studiat acțiunea substanțelor simpatico și parasimpaticotrope asupra dezvoltării larvelor de Amfiblene Anure, am constatat că acțiunea acestor substanțe asupra dezvoltării și metamorfozării larvelor este inversă decât acțiunea lor asupra creșterii regeneratului, ceea ce înseamnă că larvele de Bombinator pachypus se dezvoltă și se metamorfozează mai repede la adrenalină și mai ales la pilocarpină, decât într'un mediu lipsit de aceste substanțe.

Din aceste date se poate trage concluzia că acțiunea mediului influențează procesele biologice de mai sus. Această acțiune a mediului este în cazul nostru, de ordin pur cantitativ și se aplică doar la durata proceselor, fără a modifica succesiunea diferitelor etape și nici rezultatul final. Acțiunea mediului se exercită deci doar asupra activității de creștere, fără ca diferențierea tisulară să sufere vreo modificare.

Totuși acțiunea inversă a substanțelor simpatico și parasimpaticotrope în metamorfoză și regenerare, ne arată că aceste procese de creștere au la bază un mecanism diferit.

Se știe că sistemul nervos apare indispensabil creșterii regeneratelor, ceea ce nu înseamnă că el este cauza determinantă a regenerării. Din toate cercetările făcute până în prezent se pare că sistemul nervos nu

influențează decât procesele inițiale ale regenerării și procesele de creștere, iar nu diferențierea regeneratelor. Creșterea ar fi datorită funcției stimulatoare a sistemului nervos, care are la bază sistemul simpatic (Abeloos).

Acțiunea substanțelor simpatico și parasimpaticotrope ne arată că ele exercită o acțiune excitantă asupra creșterii celulare atunci când celulele sunt eliberate de influența sistemului nervos vegetativ, după cum am văzut în procesele de creștere și metamorfoză a larvelor de amfiblene anure, care fiind lipsite în primele stadii embrionare de prezența sistemului vegetativ, își accentuează creșterea și metamorfoza. Din contra, aceste substanțe împiedică creșterea celulelor în regenerare, printr'o acțiune inhibitoare asupra sistemului vegetativ. Creșterea celulară este deci în regenerare, contrar celei embrionare, sub dependența sistemului vegetativ.

INSTITUTUL DE ANATOMIE ȘI EMBRIOLOGIE

Director: Prof. Dr. V. Papilian

RESUMÉ

Recherches sur la régénération des membres postérieurs chez le Triton vulgaris

Dans cet article les auteurs en étudiant la régénération des membres postérieurs du Triton vulgaris en rapport avec différentes substances sympathico- et parasympathicotropes, montrent que la régénération est plus lente chez le Triton vulgaris élevé dans une solution d'adrénaline 10^{-6} , que chez le témoin, et que la régénération de celui élevé dans une solution de pilocarpine 10^{-6} est plus lente, que dans l'adrénaline. En comparant ces résultats avec ceux obtenus antérieurement sur la croissance et la métamorphose des larves des Batraciens anures, les auteurs émettent l'hypothèse que la croissance de tissus dans la croissance embryonnaire se fait par un mécanisme différent de celui de la régénération; la dernière étant intensément influencée par la présence du système nerveux végétatif.

ZUSAMMENFASSUNG

Untersuchungen über die Regenerierung der hinteren Glieder des Triton vulgaris

Die Verfasser prüfen in dieser Arbeit den Einfluss verschiedener sympathiko-parasympathikotroper Substanzen auf die Regenerierung der hinteren Glieder des Triton vulgaris, und zeigen, dass die Regenerierung bei dem in 10^{-6} -er Adrenalinlösung aufgezogenen Triton langsamer ist als bei den Vergleichstieren und bei dem in 10^{-6} -er Pilocarpinlösung aufgezogenen noch langsamer vor sich geht als mit Adrenalin. Bei einem Vergleich dieser Ergebnisse mit jenen, die früher im Bezug auf Wachstum und Metamorphose bei Froschlarven erzielt wurden, stellen die Verfasser die Hypothese auf, dass das Wachstum der embryonalen Gewebe von einem anderen Mechanismus regiert wird als das Regenerierungswachstum, da letzteres stark vom vegetativen Nervensystem beeinflusst wird, welches sich erst später bildet.

Cancer laringean la o tânără de 19 ani

— Ablatie prin laringectomie parțială —

de

Prof. G. Buzolanu, G. Popovici și I. G. Russu

Vârsta cea mai tânără la care am întâlnit cancerul laringean a fost pentru noi etatea de 28 de ani. La această vârstă am putut opera o doamnă în Cluj în 1937, executându-i o laringectomie totală pentru un neoplasm laringean, la care nu se putea face o operațiune mai mică. Această fostă bolnavă trăiește și astăzi. La doi ani după intervenție a putut naște în bune condiții un copil. Remarcăm acest fapt pentru a arăta că laringectomia chiar totală, deși mutilantă ca operațiune, permite o viață aproape normală sau normală în numeroase condiții de trai.

De curând însă am avut o nouă ocaziune de a constata și opera un cancer laringean la o vârstă și mai tânără. Este vorba de un cancer al corzilor vocale la o tânără de 19 ani. Mărimea și situația tumorii ne-a permis să executăm în acest caz o laringectomie parțială, adică să ridicăm numai o parte din organul vocal împreună cu tumora malignă în totalitate.

Iată care este foaia de observațiune clinică a acestei bolnave, rămânând ca după expunerea ei să arătăm ceea ce cunoaștem astăzi despre cancerul laringean la tineri.

Observațiune clinică. Tânăra C... E..., în vârstă de 19 ani, este adusă la consultațiile clinicii noastre în cursul lunii Decembrie 1942 pentru a fi examinată din punctul de vedere laringean. Ea suferă de aproape un an de zile de răgușeală persistentă. Bolnava este în serviciul unui medic încă dela vârsta de 14 ani. Pentru răgușeala sa cronică medicul în serviciul căruia se afla, i-a administrat diferite tratamente paliative, fără nici un efect bine înțeles. Cum disfonia tindea spre o agravare manifestă, a fost adusă la clinică.

Examinată laringologic, se constată la oglinda laringeană o neoformație papiliformă, care cuprinde cele două treimi anterioare ale corzilor vocale drepte. Hemilaringele respectiv nu este imobilizat. Comisura anterioară dificil vizibilă dă impresia a nu fi prinsă. Banda ventriculară și regiunea hipogotică de aceeași parte sunt libere. Este vorba deci de o afecțiune cu aspect tumoral și hipertrofic, limitată la coarda vocală dreaptă în cele două treimi anterioare ale sale.

Reacțiunea Bordet-Wassermann și cercetarea bacilului Koch în spută sunt negative. O biopsie executată în ziua de 10 Decembrie 1942 (Prof. Buzolanu și I. G. Russu) arată că este vorba de un cancer laringean net. Buletinul Institutului de Anatomie patologică Nr. 170 b.

1942, înscălit de d-l Profesor Titu Vasiliu are următorul conținut:

În secțiunile din piesa trimisă se vede mucoasa epitelială pavimentoasă proliferată și pătrunzând în profunzime sub forma de tubercule și placarde de țesut pavimentos. În unele părți există o dispoziție papilară a acestui epiteliu proliferat. În stroma se observă o foarte bogată infiltrație mai ales plasmocelulară. Este vorba de un papilom degenerat malign într'un carcinom spino- și bazo-celular pe un fond inflamator probabil specific.

În fața confirmării unui carcinom al laringelului, slogura decizle utilă nu putea fi decât intervenția operatorie, adică laringectomia parțială. În acest scop la 16 Decembrie 1942 s'a practicat o tracheotomie premonitorie (Popovici și Russu), iar la 3 Ianuarie 1943 s'a executat o laringectomie parțială (Buzolanu-Popovici). Laringectomia parțială practicăată a fost o hemi-tiroidectomie laringeană. S'a extirpat jumătatea tiroidiană dreaptă a laringelului, adică o hemi-laringectomie limitată la etajul cartilajului tiroid. Comisura anterioară a fost extirpată în întregime, pentru a avea siguranță deplină că tumora în partea ei anterioară este ridicată inconjurată de o margine de țesut sănătos. După intervenție bolnava a făcut o reacțiune febrilă de câteva zile, de intensitate medie, fără nici o urmă serioasă. Complicațiile pulmonare, frecvent notate după laringectomii parțiale, au fost evitate prin executarea tracheotomiei prealabile și prin administrarea post-operatorie a sulfamidelor. Tamponamentul intra-laringean a fost ridicat a treia zi dela intervenție. Anestezia utilizată a fost cea paravertebrală regională asociată cu infiltrațiunea locală de novocaină.

Examinând microscopicește plesa ridicată, constatăm că tumora a fost scoasă în întregime limitată la periferia ei de țesut sănătos. Intervenția a fost deci în mod sigur completă pentru ablația în întregime a neoplasmului. De aceea nu am socotit deloc necesar să preconizăm iradiațiunii post-operatorii complementare intervenției.

Cazul acesta observat de tumoră malignă laringeană la vârsta de 19 ani și operațiunea executată, deschide chestiunea următoarelor două capitole mai importante în această problemă:

1. Capitolul cancerului laringean la tineri;
2. Capitolul laringectomiilor parțiale.

Primul capitol: cancerul laringean la tineri

Cancerul laringelui este o afecțiune foarte rară la tineri. Diferiți autori au înregistrat și operat totuși unele cazuri de cancer laringeene constatate la persoane tinere sau chiar la copii. Astfel găsim în literatura laringologică pe care am avut-o la dispoziție, următoarele cazuri cunoscute: *Canuyt*¹⁾ a observat două cazuri, unul la 17 ani și altul la 21 ani, ambele în sexul feminin. Ultima sa bolnavă a fost operată printr-o laringectomie parțială, însă n'a putut fi decanulată din cauza calibrului redus al laringelui. În literatura laringologică veche întâlnim notate cancer laringeene la o vârstă foarte fragedă, însă aceste cazuri par a fi contestate. Astfel sunt clasice cazurile lui *Rehn*²⁾ și ale lui *Schvötter*,³⁾ care fiecare ar fi observat tumori maligne laringeene la copii în vârstă de trei ani. *Sendziak* de asemenea a publicat cinci cazuri de cancer laringeene infantile. *Philipp*⁴⁾ crede însă că în aceste cazuri ale autorilor menționați a fost vorba de papilome difuze recidivante. Cu toate acestea sunt autori care au observat cazuri autentice bine controlate prin examene histologice. Astfel sunt *Marschick*⁵⁾ și *Koschier*.⁶⁾ Primul le-a constatat la o tânără de 16 ani și la un om de 24 de ani, cel de al doilea le-a observat la un copil de 11 ani și la un om tânăr de 24 de ani. De asemenea *Brémont* și *Bonnet*⁷⁾ au observat un caz de cancer laringean la o fată de 14 ani, iar *G. I. A. van Iterson*⁸⁾ a înregistrat un caz de carcinom laringean controlat printr-o dublă biopsie la o fetiță de 13 ani. Nu este fără importanță să amintim că *Glück*, care a diagnosticat și operat numeroase cazuri, n'a observat în viața sa decât două cancer laringeene la tineri, unul la o fată de 15 ani și altul la un băiat de 16 ani. Toate aceste date ne permit să conchidem că înaltea vârstelor de douăzeci de ani, cancerul laringean este foarte rar. Ambele sexe par eg. l interesate înaltea acestor vârste.

Începând dela 20 ani, cancerul laringeene apar din ce în ce mai frecvent, rămânând totuși rare până la etatea de treizeci de ani. După datele literaturii, se pare că între 20 și 30 de ani sexul masculin este mai

adesea atins, iar peste vârsta de treizeci de ani sexul masculin este în mod predominant afectat, cancerul feminin peste etatea de treizeci de ani fiind rare sau excepționale.

Pentru etatea cuprinsă între 20 și 30 de ani, *Portmann* și *Philipp*¹⁾ au făcut o statistică cuprinzând treizeci și șase de ani. În toată această perioadă de timp n'au găsit decât 21 de cazuri sigure, confirmate histologic. — Între autorii care au înregistrat cazuri de cancer laringeene între douăzeci și treizeci de ani, cităm pe *Sendziak*, care a publicat 22 de cazuri, pe *Scharf*²⁾ cu un caz constatat la un soldat de 26 de ani, pe *Mimigerode*³⁾ cu un caz de asemeni la 26 de ani, pe *Canuyt*, cazul nostru la o femeie de 28 de ani, citat la începutul acestor lucrări (*Buzoianu, Popovici, Russu*).⁴⁾ Fără a găsi în literatura de specialitate pe care am avut-o la dispoziție o statistică mai recentă, găsim în *Chiari*⁵⁾ o statistică a lui *Sendziak* relativ la repartiția pe vârste a 479 cancer laringeene.

Iată această statistică ce reprezintă realitatea, sau date foarte apropiate de realitatea adevărată:

1-20 ani	5 cazuri
20-30 "	22 "
30-40 "	41 "
40-50 "	121 "
50-60 "	188 "
60-70 "	80 "
70-80 "	17 "
80-90 "	5 "

479 cazuri

Din statistica de mai sus reiese nu numai raritatea mare a cancerelor laringeene sub 20 de ani, dar și repartiția acestor boli în raport cu celelalte decade ale vârstelor omenești.

Al doilea capitol: laringectomia parțială executată

Laringectomiile parțiale, se știe, sunt operațiuni care au drept scop să scoată o porțiune din laringe împreună cu tumora malignă în totalitate. Aceste operațiuni nu pot fi executate decât în faza în care cancerul este încă unilateral și bine limitat. În cazul nostru am preferat o hemitiroidectomie laringeană unei simple tiroidectomii parțiale. Am extirpat toată jumătatea ete-

1) *Canuyt*: Les maladies du larynx — 1939, Masson, Paris

2) *Rehn H*: Cancroid bei einem 3-jährigen Knaben. — *Virchows Arch.*, t. 43, pag. 129

3) *Schvötter L*: Die Krankheiten des Kehlkopfes. — Wien 1907

4) *Philipp P. W.*: Carcinom bei Jugendlichen. — *Zeitschr. Krebsforsch.*, 1907.

5) *Marschick*: Larynxcarcinom bei jugendlichen Personen. — *Münch. Ohrenheilk.*, t. 43, pag. 684. — 1909.

6) *Koschier*: citat în lucrarea lui *Marschick*.

7) *Brémont și Bonnet*: Un cas de cancer du larynx chez une jeune fille de quatorze ans. — *Arch. internat. de laryng.*, Septembre—Octobre 1928, pag. 1014.

8) *G. I. A. van Iterson*: Un cas de cancer de larynx à l'âge de 13 ans. — *Les annales*, Nr. 1, 1938. Referat în *Revista Științelor Oto-Rino-Laringologice din Cluj*, pag. 249, 1938.

1) *Portmann și Philipp*: *Revue de laryngologie*, Nr. 1, Janvier 1933.

2) *Scharf*: Carcinom bei Jugendlichen. — *Semons Zblatt.*, t. 36, pag. 199.

3) *Mimigerode*: 26-jährigen Patient mit Stimmlippencarcinom. — *Semons Zblatt.*, t. 37, pag. 447.

4) *Buzoianu, Popovici, Russu*: Laringectomia totală în clinica din Cluj și din Sibiu. *Revue des Sciences Oto-Rhino-Laryngologiques, fondée à Cluj*, 1943, Janvier-Avril

5) *Chiari*: Chirurgie des Kehlkopfes und der Luftröhre. — Stuttgart 1916, pag. 380.

julul tiroidian drept a laringelului bolnav. Operațiunea aceasta este derivată din hem-laringectomiile moderne, atât numai că exereza laringeană nu interesează înelul cricoidean. Din examinarea macroscopică a plesii ridicate rezultă că tumora a fost extirpată în totalitatea ei, înconjurată în toate părțile de țesut sănătos. Laringectomia parțială executată poate fi considerată ca având oarecare dimensiuni.

Ca și pentru adulți, cancerul laringean al tinerilor începe prin alterări disfonice ale vocii. Copiii sau tinerii afectați de cancer laringean încep să devină răgușiți în mod permanent. Mai ales dacă cancerul infantil este o transformare a unor vechi papilome laringeene în tumori maligne, răgușeala are o dată foarte veche. Fără examinarea microscopică nici nu putem spune când începe stadiul histologic benign al tumorilor laringeene și când începe stadiul malign endo-laringean.

Alteori însă tumora malignă laringeară este primitivă, fără niciun stadiu prealabil de tumoră benignă. Se pare chiar că acesta este și cazul cel mai frecvent al neoplasmelor laringeene infantile. Răgușeala începe aici în momentul în care apare tumora. Ea se accentuează repede și intens. Tulburările respiratorii nu apar decât târziu, când tumora are o oarecare dezvoltare și când prezența ei determină alterări ale calibrului laringean.

Toată lumea laringologică este de acord în a considera cancerul laringean la copii sau la tineri ca având o gravitate mai accentuată decât cancerul laringean al adulților. Gravitatea aceasta mai mare a cancerului laringean la tineri se datorește evoluției mai rapide și mai extensive a tumorilor maligne la o vârstă mai fragedă. Această constatare este de altfel o regulă generală a tuturor cancerelor la tineri, oricare ar fi localizarea lor organică. În această constatare generală se încadrează și cancerul laringean al tinerilor. Acesta crește mai repede decât la adulți, invadează mai precoce coroa laringeană și cartilajele învecinate, necesită traheotomia mai de timpuriu decât cancerul obișnuit al vârstelor mature ori ale vârstei înaintate. Din această cauză pronosticul cancerului laringean al tinerilor este mai sever. La tineri cancerul laringean are o gravitate deosebită.

Diagnosticul cancerelor laringeene infantile sau ale tinerilor, este mai dificil de pus decât la adulți. Examinarea laringoscopică a copiilor este mai greoată decât laringoscopia adulților. Pe de altă parte nimeni dintre noi nu se gândește dintr'odată la un cancer când e vorba de un copil sau de un tânăr care este examinat laringoscopic. Deși aspectul tipic al tumorii din cazul nostru exous la început, era al unui cancer hipertrofic al corzilor vocale, noi ne-am gândit mai degrabă, după laringoscoapie, la un fibro-tuberculom decât la o tumoră

ma îngă. Când este vorba de papilome nici nu ne gândim să cerem un examen histologic, decât numai după ce ne impresionează violența recidivelor. Pentru toți cei la care nu putem examina indirect laringele cu oglinda laringoscopică, suntem obligați să recurgem la directoscoapie. Directoscopia reprezintă examinarea de predicție a laringelor infantile. În cazul nostru, dat fiind vârsta de 19 ani a pacientei, examinarea laringoscopică obișnuită s'a efectuat în bune condițiuni. De asemenea biopsia a fost executată tot sub laringoscoapie indirectă. Toate intervențiile făcute în vederea ablației totale a tumorii laringeene la bolnava noastră, au fost bine suportate de către pacientă.

Bibliografia românească asupra laringectomiilor parțiale

1. G. Buzoianu: Cancerul laringean și posibilitățile sale operatorii „Cancerul”, Aprilie—Iunie 1938, Cluj.
2. G. Buzoianu: Hemilaringectomia pentru cancer laringean în clinica O. R. L. din Cluj. *Societatea Română de O. R. L.*, 10 Nov. 1939. *Revista Științelor Oto-Rino-Laringologice*, Cluj.
3. G. Buzoianu, Gârbea, Magiari: Hemilaringectomie pentru cancer laringean. *Societatea Științelor Medicale Cluj*, 28 Ianuarie 1939. „Clujul Medical”, 1939. *Societatea de chirurgie*, 22 Februarie 1939. „Revista de chirurgie”, Iunie 1939, pag. 384. Hémilaryngectomie dans le cancer laryngien unilatéral. *Revista Științelor Oto-Rino-Laringologice*, fondată în Cluj, 1 Aprilie 1939.
4. G. Buzoianu: Laringologie clinică (noțiuni de), un volum de 360 pagini, 166 figuri, Cluj 1939. Tipografia Cartea Românească (Capitolul laringectomiilor).
5. G. Buzoianu: Hémilaryngectomie à la clinique O. R. L. de Cluj. *Societatea Română de O. R. L.*, 10 Septembrie 1939. *Revue des Sciences Oto-Rino-Laryngologique*, fondée à Cluj, pag. 204, Avril 1940.
6. G. Buzoianu, G. Popovici, M. Iubu: Despre inciziunile tegumentare în hemilaringectomie. *Societatea Științelor Medicale Cluj-Sibiu*, 2 Mai, 1941. „Ardealul Medical”, Aprilie—Mai 1941, pag. 136.
7. G. Buzoianu: Patologia faringelui, laringelui și traheei. Un volum de 284 pagini, 100 figuri. Sibiu 1941.
8. G. Buzoianu, G. Popovici, M. Iubu: Rezultat îndepărtat perfect după hemilaringectomie pentru cancer laringean (cu prezentare de bolnav și de piesă operatorie) *Societatea Științelor Medicale Cluj-Sibiu*, 12 Decembrie 1942 „Ardealul Medical”.
9. G. Buzoianu, G. Popovici: L'hémithyroïdectomie laryngienne dans le cancer laryngien limité. *Revue des Sciences Oto-Rhino-Laryngologiques*, fondée à Cluj, Janvier 1940, pag. 88.
10. G. Buzoianu, Șt. Gârbea: Laryngectomie subtotale pour cancer du larynx. *Revue des Sciences Oto-Rhino-Laryngologiques*, fondée à Cluj, Juillet 1939, pag. 314.
11. G. Popovici: Le diabète et la laryngectomie partielle. *Revue des Sciences Oto-Rhino-Laryngologiques*, fondée à Cluj, Janvier 1940, pag. 91.
12. G. Buzoianu, I. G. Russu, G. Popovici, M. Iubu: Laringectomie parțială pentru sarcom la 73 ani. Vindecare menținută perfect fără recidivă la un an după intervenție. *Societatea Științelor Medicale Cluj-Sibiu*, 5 Februarie 1943.

RESUMÉ

Cancer laryngien chez une fille de 19 ans**Ablation par laryngectomie partielle**

Les auteurs ont eu l'occasion d'opérer un cancer laryngien spino-baso-cellulaire chez une fille de 19 ans. La tumeur a intéressé les $\frac{2}{3}$ antérieurs de la corde vocale droite. L'opération exécutée a été une hémithyroïdectomie laryngienne en extirpant aussi la commissure antérieure. On a fait préalablement une trachéotomie. Les auteurs insistent avec cette occasion sur la rareté des cancers laryngiens chez les jeunes personnes et chez les enfants. A ce jeune âge les cancers laryngiens sont plus graves que chez les adultes, parce que dans la jeunesse toutes les tumeurs malignes ont une tendance à une croissance plus rapide et plus envahissante dans les organes voisins.

ZUSAMMENFASSUNG

Kehlkopfkrebs bei einer 19-jährigen Kranken**Ablation durch Teil-Laryngektomie**

Die Autoren hatten Gelegenheit einen spino- und baso-cellulären Kehlkopfkrebs bei einer 19-jährigen Kranken zu operieren. Der Tumor dehnte sich über die vorderen $\frac{2}{3}$ des rechten Stimmbandes, aus. Die ausgeführte Operation war eine Kehlkopf-Hemi-Thyreoidektomie (d. h. die Entfernung der Hälfte des Kehlkopfes auf der Höhe, das dem Thyreoidknorpel entspricht), die auch die vordere Commissura entfernte. Der Teil-Laryngektomie ging die Tracheotomia voraus. Die Gelegenheit dieses klinischen Falles benützend, weisen die Autoren auf die Seltenheit, aber auch die Möglichkeit des Kehlkopfkrebesses bei jungen Leuten und Kindern, hin. Der Kehlkopfkrebs ist bei jungen Leuten viel gefährlicher als bei Erwachsenen, weil bei der Jugend j. der bösartige Tumor den Hang zu einem schnelleren Wachstum und zum tieferen Eindringen der Nebengane, hat.

Foetus papyraceus în sarcina gemellară

de

Dr. Maxim Păunescu

Cazurile unde mumificarea ţesuturilor foetale, este asemănătoare, mumifierii artificiale, în obstetrică, sunt destul de rare. Acestea se întâlnesc desrile, pentru prima dată de către Budin, care a studiat, modificările produse în asemenea împrejurări asupra placentei în 1888, iar mai târziu de către Breus în 1892, care a descris alteraţiunile găsite în placenta sub numele de „hematoma subcoriale tuberosum“.

Sunt cazuri descrise unde în sarcinile multiple unul sau mai mulţi feţi, s'au găsit mumificaţi. În sarcinile gemelare, printr'un proces până în prezent necunoscut, numai unul din feţi, suferă procesul de mumifiere.

Astfel, în cazul observat, era vorba despre o femeie gravidă în luna IX, în etate de 38 ani, primipară, care a intrat, în serviciul nostru, prezentând dureri abdominale, ce nu se asemănau în intensitate cu durerile caracteristice, unei naşteri normale. La examenul obstetrical, am constatat că, uterul prezenta uşoare contracţiuni, la intervale neregulate, şi de intensitate variabilă.

După aproximativ o oră, dela începutul acestor dureri, bolnava în timpul unui efort mai mare, a expulzat, o formaţiune embrionară, având aspectul unui embrion, de 3—4 luni. Examinând acest embrion, am constatat că aspectul lui, este cu totul diferit, de al unui embrion corespunzător ca vârstă.

Acest embrion, deşi avea aspectul, unui embrion în vârstă de 3—4 luni, totuşi, după dezvoltarea capului şi a sistemului osos, se părea a fi de luna 5—6. Sistemul osos era bine dezvoltat, având structura corespunzătoare, iar deasupra acestui sistem osos ţesuturile organismului fetal erau uscate, cutate foarte mult, având în general, aspectul unor ţesuturi păstrate în alcool.

Pielea, avea o culoare albă cenuşie, dură, la palpat foarte mult ratatinată, iar ţesuturile subjacente, inclusiv ţesuturile pereţilor abdominali, erau uscate şi retractate pe oase, cu deosebire pe oasele ce formau scheletul, membrelor inferioare şi superioare.

Capul fetal era turtit, având forma unui ovoid cu două feţe, iar la aspectul general, dădea impresia unei bile neregulate, destul de grea, din cauza încrustării, cu săruri calcare, a ţesuturilor, ce formau masa cerebrală. Acest embrion mumificat, avea lungimea de 14—16 cm. fiind mult scurtat, în comparaţie, cu lungimea unui embrion normal, corespunzător, iar ţesuturile foarte mult ridate, aveau o consistenţă cartilaginooasă, ce amintea aspectul, unei statuete în ghips.

În acelaşi timp cu expulzia embrionului papyraceus, am observat şi scurgerea unui lichid amniotic, în cantitate aproximativ de 50—70 grame, care avea aspectul unui lichid amniotic mult îngroşat, aproape lăptos, de o culoare galbenă cenuşie, iar membranele foetale, aveau pe faţa lor internă un depozit, de grosimea 2—3 mm., care se asemena depozitului urinar dintr'un recipient.

Acest făt papyraceus era situat, imediat deasupra orificiului intern uterin, având corpul şi membrele plate, din cauza compresiunii suferite, între membranele foetale ale celui alt făt viu şi la termen, care era normal dezvoltat. Această turtire este produsă prin mecanismul dezvoltării membranelor foetale normale, care au produs o compresiune lentă şi progresivă, asupra fătului mumificat transformându-l în făt papyraceu, cu atât mai mult, cu cât era comprimat şi de contracţiunile uterine. De aceea acest făt l-am clasat între feţii papyracei şi nu mumificaţi, fiindcă aspectul lui general, cu excepţia capului, era asemănător unei mase plate, groase, ce-l diferenţiau de un făt mumificat, unde această turtire nu există.

Fapt foarte interesant, este observaţiunea, că acest făt papyraceus prezenta extremitatea cefalică încrustată, cu săruri calcareoase, ceea ce este extrem de rar.

După patru zile, dela expulzia acestui făt papyraceu, bolnava a prezentat din nou dureri, cari erau caracteristice începutului naşterii pentru cel de al doilea făt, normal dezvoltat, şi care s'a născut, în condiţiuni normale, având greutatea de 2600 grame, de sex feminin, fiind în prezentaţiune craniană poziţia O.S.A. Fapt deosebit, a fost angajarea acestui făt în timpul durerilor de naştere, constituind un mic început de distocie, deoarece bolnava fiind

primipară și având bazinul normal dezvoltat, ar fi trebuit, ca angajarea capului celui de al doilea făt, să se facă cu cel puțin 10 zile înaintea nașterii. Fătul născut avea lungimea de 48 cm fiind născut, la termen considerând data ultimei menstruațiuni a mamei. Dimensiunile capului fetal erau corespunzătoare greutății lui, fără a prezenta nimic deosebit, doar o ușoară debilitate congenitală.

Placenta expulzată, după nașterea celui de al doilea făt, avea o conformație normală, dar la palparea feții materne, am constatat că prezintă, câteva mici formațiuni, albe cenușii, de o consistență dură, cartilaginoasă, cari era vizibile chiar cu ochiul liber. Greutatea placentei era de 480 gr., având dimensiunile de 21/22 cm., iar lungimea cordonului ombilical a fost de 49 cm. Fătul al doilea a prezentat și o circulară de cordon.

Lăuzia acestei bolnave a fost aproape normală, prezentând doar timp de 3 zile dela naștere temperatura variabilă între 37,2—37,4°, după care a urmat, o stare de completă afebrilitate, dând posibilitate bolnavei de a părăsi clinica, după 12 zile.

La părăsirea serviciului nostru din Institutul Obstetric Sibiu, lăuza, prezenta uterul normal involuat, fiind palpabil la nivelul simfizei, cu lochia seroasă, iar dezvoltarea glandelor mamare fiind normală, alăptarea fătului normal, s'a făcut în mod natural.

Cazul acestui făt papyraceu, este interesant, atât prin aspectul său de făt papyraceu, în sensul strict al cuvântului, dar mai ales pentru că a prezentat, incrustarea cu săruri calcare a țesuturilor, ce formau masa cerebrală, fapt extrem de rar observat și poate tocmai această incrustare a capului fătului papyraceus, să fi constituit un obstacol pentru angajarea capului, celui de al doilea făt.

Până în prezent Hennig a cules din întreaga literatură numai cinci observațiuni asemănătoare.

Mecanismul prin care unul din fetele din sarcina gemellară, devine făt papyraceu, deși s'au făcut numeroase cercetări, nu este până în prezent elucidat. Majoritatea autorilor menționează aceste cazuri, fără a da și explicațiunea mecanismului.

După unii autori, ar fi anomalii de cordon, iar după alții ar fi placenta în cauză. Cert este, că Breus în 1892 a descris o alterațiune a placentei, în care s'au constatat, în cazurile de fetus papyraceus, alterațiunile ce aveau aspectul unor tumori mici pediculate, sau sessile, cari sunt mai evidente pe fața amniotică a placentei. Aceste tumorele palpabile, au mărimi variabile, dela aceea a unui bob de grâu, la aceea a unei creșe, având o culoare roșie vie, sau nuanțe de roșu, mergând până la albastru închis, sau chiar negru. Lichidul amniotic, este în general puțin abundent și poate uneori lipsi, mai ales că fătul este mort de mai mult timp.

Observațiunea de mai sus a fost făcută într-o proporție de 1/10.000 nașteri, deci destul de rară. După alți autori această anomalie ar fi de 1/13.000.

Foetus papyraceus, în general este diagnosticat, numai după expulzia sa, fiind foarte greu, dacă nu imposibil, de a fi diagnosticat înainte de expulzie. În cazul descris, foetusul papyraceus imita forma unui embrion de 3—4 luni și faptul ar fi trecut poate neobservat, dacă întâmp area, n'ar fi făcut, ca să coincidă expulzia lui cu examenul gravidei.

Manifestarea acestui foetus papyraceus, nu este dată prin nici un simptom deosebit, deoarece la examenul general al gravidei, nici nu am bănuit, că poate exista această anomalie.

De cele mai multe ori acești fete sunt considerați ca niște corpi străini ai uterului în sarcina gemellară, și sunt în general expulzați înaintea fătului normal dezvoltat; foarte rar, s'au observat cazuri, în care acești fete papyracei să fie expulzați, după nașterea fătului normal, indiferent prezentația în care se găsește. În cazul studiat foetusul papyraceu a prezentat se pare o prezentație podalică, deoarece la examenul intern, făcut cu multă grijă s'au palpat membrele inferioare, iar la început nu am putut pune cu certitudine acest diagnostic, decât după ce foetusul papyraceu a fost expulzat, fiind confundat cu palparea extremităților membrilor inferioare ale foetusului normal, și paradoxal foetul se găsea în prezentație craniană și nu într'una pelviană.

Cazurile, în care survin asemenea anomalii, nu sunt în legătură cu antecedentele heredo-colaterale sau personale, deoarece bolnava n'a prezentat nimic deosebit, în anamnestical luat, destul de amănunțit.

În concluziune, diagnosticul fătului papyraceu în sarcina multiplă și mai cu deosebire, în sarcina gemellară, este imposibil de pus anterior expulziei fătului papyraceus, afară de cazurile când se recurge la examenul radiologic, care singurul este în măsură, să facă posibilă, depistarea formațiunilor scheletice ale acestui făt, însă și aceasta cu foarte multă dificultate.

Foetusul papyraceus nu prezintă aproape nici odată, o complicațiune serioasă pentru nașterea celui de al doilea făt, cât și pentru lăuzia mamei.

Totdeauna s'a observat, că asemenea formațiuni fetale anormale sunt expulzate, înaintea nașterii, fătului normal.

Este imposibil de a se preciza cauza adevărată a acestor anomalii, cât și momentul în care survine moartea fătului și începutul mumifierii, care este totdeauna anterioară expulzării fătului papyraceu.

Reviste generale

Considerațiuni asupra tifusului exantematic¹⁾

de

Conf. Dr. I. Gavrila

Etiologie, epidemiologie, patogenie. În ce privește etiologia, după cum știți foarte bine, astăzi toți autorii sunt de acord, că boala este cauzată de către germele descris de Ricketts (1914), confirmat de Proszek și numit de Rocha-Lima (1916) rickettsia proszeki. Aceștia sunt germeni de formă de bastonaș scurt, adesea diplobacili, de 1—2 microni, imobili, se colorează cu Giemsa, Gramm negativ, nu sunt filtrabili, sunt foarte rezistenți înafara organismului.

În ce privește epidemiologia, știți foarte bine, că sursa virusului exantematic o constituie individul bolnav și anume sângele bolnavului. Bolnavul este contagios deja la sfârșitul perioadel de incubare, cu 1—2 zile înaintea izbucnirii simptomelor clinice proprii zise, este contagios tot timpul perioadel de stare și 3—4 zile după căderea temperaturii. După acest timp virusul rickettsian nu mai circulă în sânge, deci individul nu mai este contagios. Ca sursă de infecțiune sunt foarte importante cazurile fruste și apoi formele inaparente de boală, care pot transporta virusul în diverse locuri. În special este de insistat asupra cazurilor inaparente de boală, care din punct de vedere clinic nu prezintă niciun simptom de boală și care poartă totuși agentul patogen în sânge, ele neputând fi diagnosticate numai prin ajutorul metodelor de laborator.

În ce privește transmiterea agentului patogen de la bolnav la sănătos, iarăși știți foarte bine, că aceasta se face prin intermediul păduchelui, în primul rând al păduchelui de haine, este posibil însă și prin păduchele de cap. Dacă păduchele a luat virusul exantematic prin înțepătură de la bolnav, atunci germele patogen se înmulțește în celulele epiteliale ale tubului gastro-intestinal, care se umflă și în 4—7 zile plesnesc, iar rickettsiile se varsă în conținutul gastro-intestinal. Din acest moment păduchele este infecțios.

Prima posibilitate de infecțiune este, când păduchele transmite virusul prin înțepătură. Însă și cu această ocaziune este foarte probabil, că infecțiunea nu se face prin depunerea salivă la locul de înțepătură, pentru că după cercetările tuturor autorilor virusul rickettsian nu se găsește în salivă, sau în orice caz într-o proporție foarte redusă, ci cu ocazia înțepăturii parazitul își depune și dejectiunile conținătoare de rickettsii, pe locul lezat, și astfel se introduce virusul în organism.

Modalitatea de infecțiune mai deasă este deci prin depunerea dejectiunilor păduchelui pe pielea lezată, excoriată, care conține o cantitate enormă de rickettsii foarte virulente, prin care acești germeni pot fi transmiși la omul sănătos. Într-adevăr fecalele păduchelui, depuse pe pielea exoriată în urma gâtăjului intens ce-l prezintă acești indivizi, fac posibilă foarte ușor introducerea virusului în organism. Materiile fecale ale păduchilor infectați, depuse pe pielea bolnavului, pe lingerie, încă sunt foarte periculoase, pentru că agentul patogen rezistă mult timp în afara organismului păduchelui, rezistă chiar și la temperatura înghețului. Rufe murdărite cu dejectiunile păduchelui, conținătoare de rickettsii, după luni de zile pot da infecțiunea altor indivizi sănătoși, dacă ele n-au fost suficient dezinfectate. În consecință nu este suficient, ca bolnavul să nu aibă păduchi, ci este necesar de a distruge și îndepărta prin dezinfectare și imbitare toate resturile de dejectiuni ale păduchilor de pe pielea bolnavilor. Tot așa și în ce privește lingeria. Nu este suficient de a distruge păduchii de pe ea, prin deparazitare, ci trebuiesc distruse prin mijloace dezinfectante potrivite toate rickettsiile depuse pe ele prin dejectiuni ale păduchilor. Aceste fapte sunt de o importanță covârșitoare pentru profilaxia bolii.

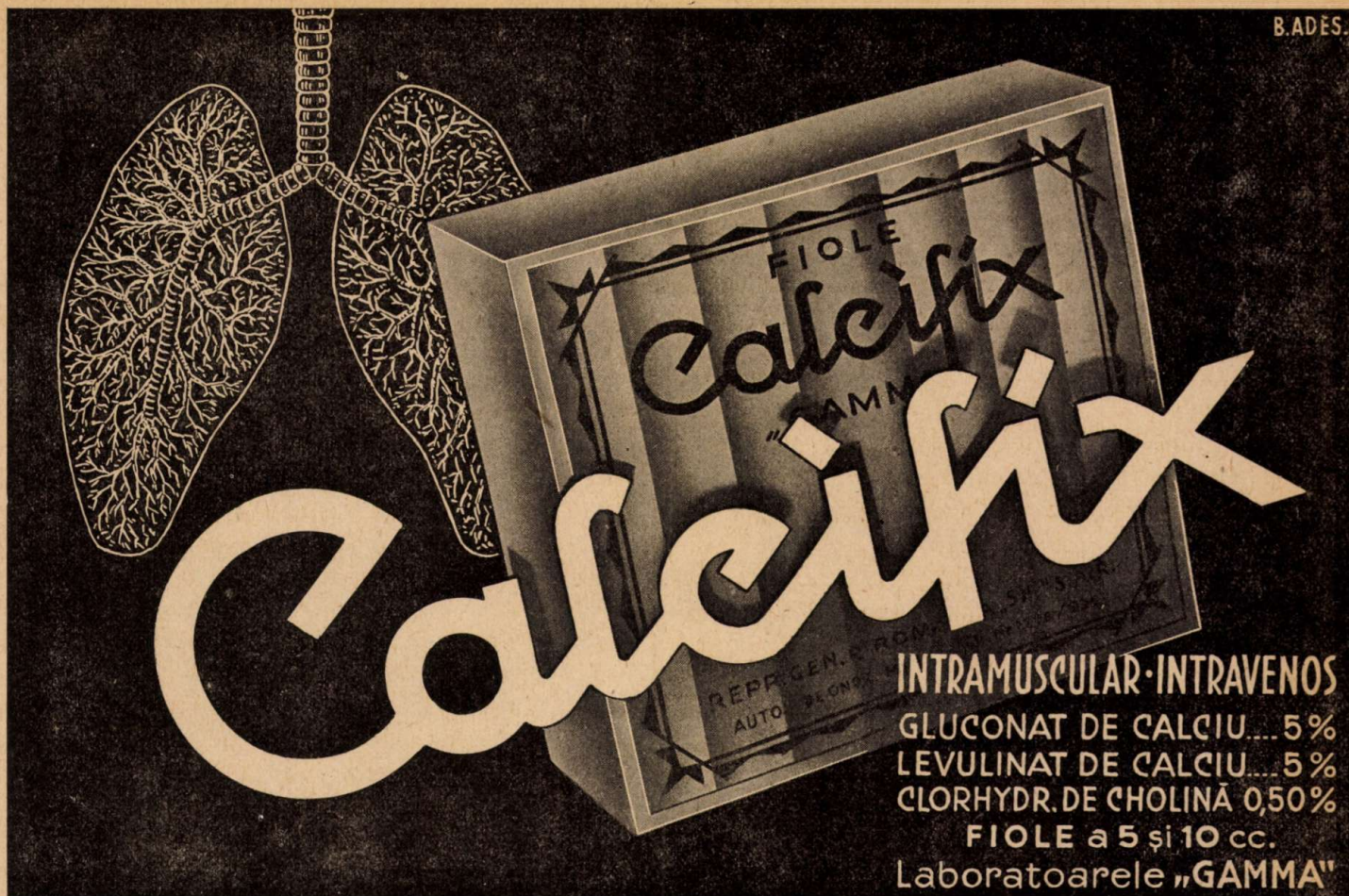
O altă posibilitate de infecțiune este dată persoanelor, care examinează pe acești bolnavi, în special medicilor, care cu ocazia luării de sânge virulent de la acești bolnavi, dacă au o leziune la degetele pe care ajunge sângele conținător de rickettsii, atunci se pot îmbolnăvi. Această modalitate de infecțiune este rară, însă indiscutabil este posibilă; sunt comunicate în literatură o serie de astfel de cazuri, unde infecțiunea nu s-a putut face decât în acest fel.

Se discută problema, dacă virusul n'ar putea pătrunde chiar prin pielea sănătoasă prin fricțiune cu sânge virulent.

Tot așa se pot infecta persoane, care manipulează în laborator material virulent, organe provenite de la bolnavi de exantematic, apoi se crede posibilă infecțiunea chiar dacă dejectiunile păduchilor pulverizate ajung pe mucoasa nazală.

Agentul patogen, după cum se știe, nu se elimină prin fecalele, prin urina sau prin altă secreție ale bolnavului, deci acestea nu sunt infecțioase. Este înțelegerea, dacă produsele cu extravazări de sânge ale bolnavului nu sunt cumva infecțioase, cum este sputa rubiginosă în caz de complicații pulmonare, și dacă în aceste

¹⁾ Conferință ținută în 20 Februarie 1943, cu ocazia conferinței anuale a medicilor sanitari din județul și municipiul Sibiu.



Calcifix

INTRAMUSCULAR · INTRAVENOS

GLUCONAT DE CALCIU... 5 %
LEVULINAT DE CALCIU... 5 %
CLORHYDR. DE CHOLINĂ 0,50 %

FIOLE a 5 și 10 cc.
Laboratoarele „GAMMA”

OVOCALCIUM

GYNOFOLIN + GLUCONAT DE CALCIU

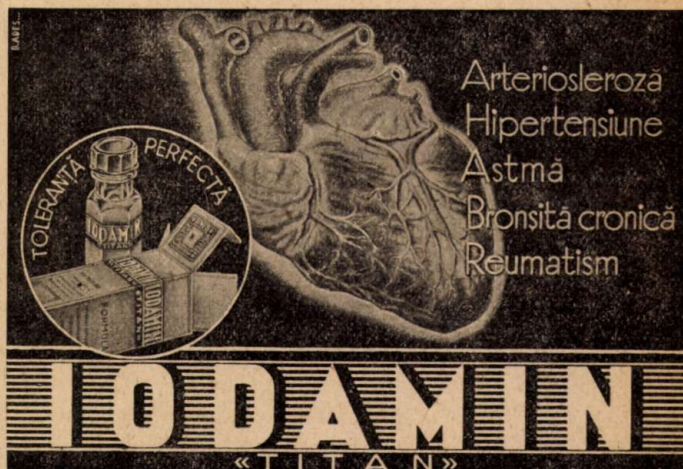
Turburări de insuficiență ovariană, anovarii congenitale, sau câștigate, menopauză precoce sau fiziologică.

Cutii cu 6 fiole a 5 cmc. pentru inj. intramusculare. Una fiolă la 2 zile.
Flacoane cu 35 comprimate a 0,35 gr. pentru uzul intern, 3—4 pe zi.



Antiartritic

Antireumatic



Fiole

Picături

Reprezentanța pentru România: „S. I. F.” s. a. r. București IV, Str. Avram Iancu 32

ABURI TĂMĂDUITORI



... Precursori tratamentului modern de înhalatie!

Glycirenan

reputat de decenii pentru profilaxia
și tratamentul

astmului bronșic, bronșitele, rinitei,
laringitei, tracheitei și sinusitelor.

Atmos-Gesellschaft Fritzsching & Co., Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, București III, Str. G-ral Eremia Grigorescu, 6.

cazuri n'ar putea avea loc o infecție prin ploala baciliferă.

Transmisia virusului exantematic prin alți pa-
raziți nu s'a observat (pureci, ploșnițe, etc.)

Moartea păduchilor se produce maximum 45 de
zile de la infectarea lor.

Simptomatologie. După cum se știe, tifusul exan-
tematic de obicei este o boală cu început brusc după
o incubatie de 8—14 zile, cu simptome extreme între 5—20
zile. Uneori totuși există 2—3 zile simptome generale
vagi, oboseală, dureri de cap, greață, temperatură mai
mică la început și care în curs de 2—4 zile ajunge la
39—40°. Însă începutul obișnuit al bolii se face dintr'o-
dată, cu temperatură mare de 39—40°, foarte des
frison lung, greață, cefalee intensă, dureri mari în co-
loana vertebrală, în regiunea lombară.

Deja din primele zile ale bolii se instalează simpto-
mele clinice destul de caracteristice pentru această in-
fecțiune. Fața bolnavului este congestionată, vultuoasă,
ochii sunt injectați, prezintă o conjunctivită pronunțată
cu lăcrimare însemnată, pleoapele sunt ușor tumefiate,
uneori epistaxis. Buzele devin arse, crepate, cu fulgi-
nosități. Limba la început este saburală, apoi devine
uscata, cu fața dorsală foarte prăjită, crepată, marginile
roșii și la vârf o mică suprafață se menține tot roșie,
se produce o contractură puternică a mușchilor limbii,
astfel că bolnavul cu toate eforturile ce le face cu
foarte mare greutate poate scoate limba din gură. Gura
și faringele sunt pline cu mucozități. Există o faringită,
tracheobronșită. Toate aceste simptome se accentuează
și mai mult în perioada următoare. Pulsul este tachi-
cardic în raport cu temperatura.

Tabloul clinic din primele zile de boală poate fi
extrem de grav, astfel că deja în perioada de început
avem impresia unui bolnav cu o infecțiune foarte pro-
fundă. Însă de obicei bolnavul ajunge la maximum
de gravitate către sfârșitul săptămânii 1-a de boală,
când intră în perioada cu exantem.

În această fază tabloul clinic este dominat de
patru categorii de simptome importante: temperatură,
exantem, tulburări nervoase și tulburări cardiovasculare.
Să analizăm pe scurt aceste simptome.

Temperatura este mare de la început, 39—40°, și
se menține așa în tot timpul perioadelor de stare, este
continuuă. În unele cazuri temperatura în primele 4—5
zile este mai moderată, pentru a se urca la 40° sau
mai mult cu apariția exantemului. Perioada aceasta
intens febrilă se menține 12—16 zile, pentru ca apoi
să scadă de obicei prin o liză scurtă de 2—4 zile.
Totuși există cazuri și cu perioadă febrilă de durată
mai lungă, 20—22 zile, sau mai scurtă.

Exantemul. Alt simptom caracteristic al bolii este
exantemul. Acesta apare de obicei în a 4—5-a zi
de la începutul bolii. Câteodată apariția întârzie câteva

zile. El apare întâi pe trunchiul și apoi pe extremități.
Foarte des primele pete își fac apariția pe spate, la
nivelul omoplaților, unde trebuiesc căutate. Exantemul se
generalizează apoi pe întreg corpul și în cazurile tipice
este foarte numeros. Respectă numai fața, cel mult pe
frunte uneori se prezintă câteva pete. Exantemul constă
din mici pete roșii, care la început sunt mici macule
congestive, de culoare roșie, de mărime variabilă, între
mărimea unei gămăli de ac și a unui bob de mazăre,
cu contururi neregulate, la început dispar la presune
digitată. În cazurile mai ușoare aceste pete se mențin
așa până la dispariție. Totuși cele mai dese ori după
1—2 zile exantemul devine de culoare mai închisă, se
transformă în peteșii echimotice, uneori chiar hemora-
gice, și nu mai dispar la presune. Peteșile sunt mai
numeroase pe umeri, torace, axile și abdomen. Deși
numărul lor este foarte mare, totuși între diferitele ele-
mente există piele sănătoasă, mai rar elementele erup-
tive confluează formând ici colo câte un placard.

Durata erupției este de 5—7 zile, apoi la o nuanță
galbenă-cenușie, murdară și dispare fără urmă. În cele
mai multe cazuri după dispariție se produce o descvamă-
ție fină, furfuracee. Acest fapt se poate pune în evi-
dență mai bine, dacă se trage cu degetul pe piele,
exercitând în același timp și o presune, când pe unde
a trecut degetul se produce o hiperemie și o descvamă-
ție fină, ca și când am fi tras cu o gumă de șters pe
hârtie, ceea ce constituie „*Radiergummi-Phänomen*“ al
lui Bauer, pe care autorul l-a considerat caracteristic
pentru tifusul exantematic, util pentru diagnosticul retro-
spectiv al bolii. Însă nu pare a fi așa, deoarece feno-
menul se poate produce după orice boală eruptivă,
chiar la orice individ, care n'a făcut baie corporală de
mai multă vreme.

Este de amintit, că există cazuri de exantematic
cu erupție redusă, sau chiar fără exantem; mai ales la
copii există forme atipice, fără exantem, și bine înțeles,
că aceste cazuri fac mare dificultate la diagnostic.

Concomitent cu exantemul se constată, că întreaga
pielea este congestionată, violacee, mai ales în cazurile
mai grave.

Tulburările nervoase. Tulburările nervoase sunt
mai accentuate ca în oricare altă boală infecțioasă. Deja
de la începutul bolii aceste tulburări sunt prezente. La
început dureri de cap foarte pronunțate, insomnie re-
belă, fenomene neuralgice. La sfârșitul săptămânii 1-a,
în a 2-a, se instalează o stare de torpoare, care devine
tot mai profundă. Bolnavul zace inert în pat, nu-l in-
teresează nimic ce se petrece în jurul lui, este într-o
somonolență continuă, acompaniată de vise terifiante,
delir profesional, fenomene de confuzie mintală. Este
foarte greu, câte odată imposibil, de a-l scoate din
această stare de prostrație profundă. Chiar dacă-l scoatem
pentru un moment, imediat recade în aceeași stare. Cu

toate acestea de obicei nu doarme, ci este într-o stare de torpoare penibilă. Într-una spune vorbe fără înțeles, răspunde foarte greu la chestiunile puse și numai prin cuvinte singuratic. Prezintă contracțiuni musculare, fibrilare în mușchii feței sau în alte grupe musculare, prezintă mișcări desordonate, carfologie, uneori crize de delir acut, vrea să părăsească patul, unde cu mare greutate este reținut, alții au tendință de sinucidere. Mai rar accese epileptiforme.

După perioada agitată urmează de obicei o stare de prostrație completă cu turburări sfîcteriene (retenție, incontinență de urină), chiar o stare de comă completă, loptensune progresivă, pulsul moale, slab, filiform, extremitățile devin foarte reci, la început încă sunt calde, apoi devin reci. Această stare gravă foarte des duce la moarte.

Uneori există turburări din partea nervilor cranieni, paralizii sau pareze ale limbii, turburări de deglutiție, turburări respiratorii, în cazurile grave se întâlnește în mod constant o respirație mai frecventă, o tachipnee, alteori respirație tip Cheyne-Stokes. Uneori este interesat nervul facial, auditiv (surditate), turburări labirintice.

Dacă se execută la acești bolnavi mișcări pasive, se observă o rezistență însemnată a musculaturii la aceste mișcări. Dacă la bolnavii gravi se ridică brațul în sus, se constată adesea că brațul rămâne în poziția ridicată multă vreme, chiar și la bolnavii slăbiți. Dacă ducem din nou brațul la loc, atunci se opune o rezistență din partea musculaturii, ca la oicare altă mișcare. Aceasta este ceea ce se numește fenomenul *Flexibilitas cerea*, caracteristic pentru aceste stări grave.

În unele cazuri pe lângă turburările din partea sistemului nervos central se observă și turburări din partea sistemului nervos periferic: parezezi trecătoare, pareze sau paralizii trecătoare din partea extremităților.

În alte cazuri există semne de iritație meningeală, chiar există forme meningeale de tifus exantematic.

Lichidul cefalo-rachidian, studiat foarte detaliat de către profesorul Danileopolu, arată o tensiune adesea mărită, des aspectul este ușor turbure, uneori ia o culoare galbenă, xantocromatică. Există o reacție celulară mai mult sau mai puțin intensă, în unele cazuri grave până la 100—300 celule pe mmc. La început sunt limfocite, apoi mononucleare mari. Toate modificările în lichidul cefalo-rachidian sunt cu atât mai intense, cu cât cazul este mai grav.

Turburări cardio-vasculare. Se constată în toate aceste cazuri turburări vasomotorii mai mult sau mai puțin accentuate, care se manifestă prin cianoza feței, prin cianoza extremităților și adesea a tegumentului întreg.

Se constată în mod constant o scădere a tonusului vascular, ce se manifestă prin o scădere a tensiunii arteriale în mod destul de pronunțat. Tensiunea deja în

primele zile de boală scade, ceea ce ne poate fi de folos și la stabilirea diagnosticului. Ipotenziunea are și o valoare prognostică, pentru că cu cât se instalează mai precoce, denotă o gravitate mai importantă a bolii. Scăderea ei merge paralel și progresiv cu gravitatea tabloului clinic. Când scade la 7 maxime, după Vaquez, pericolul este iminent. În cazurile cu evoluție spre vindecare tensiunea revine încet către normal.

Pulsul de obicei este în raport cu temperatura, la început poate fi și o bradicardie relativă, analoagă ca în febra tifoidă, însă după aceea frecvența pulsului crește la 120 și mai mult, după gravitatea cazului. În cazuri grave pulsul este moale, depresibil, în cele din urmă filiform și imperceptibil.

Prin examene electrocardiografice în cazurile grave se pot pune în evidență turburări de natură miocardică, ca și în difterie. Uneori există și turburări de ritm.

Există în același timp o fragilitate vasculară însemnată, astfel că dacă se face o pișcătură în piele, cu foarte mare ușurință se produce o echimoză la acel nivel (semnul lui Römer). Se produc echimoze și în regiunile unde se exercită o presiune mai mare prin haine, sau pe părțile declive, pe care apăsă greutatea corporală. *Semnul lui Rumpel-Leede* denotă tot o fragilitate vasculară și el constă în exercitarea unei constricții cu un elastic deasupra cotului, când se produce în plăca cotului o serie de mici puncte hemoragice.

În cazurile mai grave des observăm o cianoză pronunțată a tuturor extremităților.

Alte simptome și turburări. Herpesul labial este destul de des. Splina de obicei este ușor mărită, ficatul la fel. Din partea tubului gastro-intestinal mai des este constipație, mai rar diaree. Câte odată există vărsături, adesea se constată un sughiț rebel. De obicei există oligurie cu ușoară albuminurie febrilă. Reacția Diazo este pozitivă în tot timpul perioadelor febrile a bolii.

Se constată în aceste cazuri o scădere foarte importantă în greutate, uneori scade 1/3 din greutate în timpul bolii, ceea ce nu se poate explica numai prin lipsa de alimentație suficientă. Foarte probabil că aceste scăderi mari în greutate să se explice prin turburări centrale nervoase ale centrilor de la baza creierului în legătură cu metabolismul, produse prin virusul bolii.

Tabloul sangvin se comportă în felul următor. La început uneori leucocitoza este normală sau chiar leucopenie, în perioada cu exantem se produce o hiperleucocitoză mai mult sau mai puțin pronunțată (10.000—20.000), cu o neutrofilie pronunțată și cu dispariția eozinofililor. În cazuri extrem de grave și în complicațiunile hiperleucocitoza este și mai intensă.

Executând numerotări de trombociti în aceste cazuri, am constatat în mod constant o scădere a acestor elemente sangvine în perioada de stare a bolii, între

50 000—100.000, pentru a reveni numărul lor la normal în timpul convalescenței, în jurul cifrei de 300.000.

Determinând azotemia la toți acești bolnavi, iarăși am constatat, aproape în mod constant, o urcare mai mult sau mai puțin importantă a azotemiei în perioada de stare a bolii, până la valori de 220 mgr $\%$. Azotemiile cele mai urcate le-am constatat în cazurile grave de boală și în spre sfârșitul perioadelor de stare.

Terminarea bolii se face în spre ziua 12—16 a perioadelor febrile, de obicei prin o liză mai scurtă, de 2—3 zile, după ce în general întreagă simptomatologia clinică devenise timp de 1—2 zile și mai exprimată. În cazurile mai ușoare de boală de obicei cu scăderea temperaturii se ameliorează repede întreagă starea generală a bolnavului, dispărând destul de repede toate simptomele morbide. Însă în cazurile grave, toxice de boală, fenomenele generale grave nu dispar odată cu scăderea temperaturii, ci se mai mențin încă câteva zile, apoi dispar. Uneori, din contră, după scăderea temperaturii fenomenele grave toxice și de insuficiență cardio-vasculară se intensifică și mai mult, chiar pot duce încă la sfârșit letal.

Formele clinice. În raport cu gravitatea distingem forme clinice ușoare, mijlocii și forme grave, toxice de boală, după intensitatea simptomatologiei prezente.

Din acest punct de vedere cele 45 de cazuri ale noastre se repartizează astfel: forme ușoare 15 cazuri, forme mijlocii 21 de cazuri, forme grave 9 cazuri. Dintre aceste ultime am înregistrat 2 cazuri mortale.

Complicațiuni. Într-o boală infecțioasă, care interesează așa de grav sistemul nervos central și aparatul cardio-vascular, și complicațiunile pot fi destul de frecvente. Din partea aparatului respirator: congestie pulmonară, bronchopneumonie, pneumonie, gangrenă pulmonară, pleurezii seroase sau purulente, rar laringită ulcerasă, care poate da fenomene de stenoza laringeană și să necesite tracheotomie.

Din partea aparatului cardio-vascular o complicație foarte gravă și destul de deasă este gangrena spontană a extremităților, apoi flebite. Miocardita se înregistrează în cazurile grave de boală.

În alte cazuri se produc stomatite, otite, mastoidite, parotidite, nefrite, hepatite, paralizi, escare.

În general toți autorii notează, că în epidemiile actuale complicațiile sunt mai rare.

Între cazurile noastre am notat următoarele complicațiuni: miocardită în 9 cazuri, pneumonie în 2 cazuri, congestie pulmonară în 4 cazuri, nefrite în 4 cazuri, hepatite cu icter în 4 cazuri, otite în 3 cazuri, retenție urinară în 2 cazuri.

În multe din cazurile noastre în timpul convalescenței, după câteva zile de afecțiune completă (4—10 zile) am notat o revenire ușoară a temperaturii, până la 38°, pentru o durată de 2—5 zile, fără să fi găsit

explicația acestor temperaturi. Bolnavii în acest timp nu prezentau în general nimic deosebit, decât o ușoară indispoziție. După aceea aceste mici temperaturi au trecut și convalescența a evoluat mai departe normal. Acest fenomen a mai fost notat și de alți autori.

Diagnostic. Vom face un diagnostic clinic și un diagnostic de laborator.

Diagnosticul clinic. Dela început trebuie să insistăm asupra diagnosticului clinic, pentru că acesta de obicei este posibil, cel puțin în cazurile tipice de boală, înaltea celui de laborator. Diagnosticul de laborator, ca în general în toate boalele infecțioase, este posibil numai cu o oarecare întârziere. Astfel că primele măsuri terapeutice și mai ales profilactice suntem siliți a le lua numai în baza diagnosticului clinic, din această cauză importanța lui este deosebită.

Iarăși dela început trebuie să spunem că și acest diagnostic este mai greu la începutul unei epidemii, pentru că atunci ne gândim mai puțin la această boală, pe când în cursul unei epidemii, când cunoaștem deja existența altor cazuri, atunci diagnosticul se face cu destulă ușurință, nu numai a cazurilor tipice de boală, dar chiar și a celor atipice.

Diagnosticul precoce al tifusului exantematic îl vom face din următoarele simptome clinice importante: început brusc, temperatura înaltă, fața vultuoasă, conjunctivită, cefalee intensă, insomnie rebelă, turburări nervoase pronunțate, dureri în întreagă musculatură, în oase, în coloana vertebrală, mai ales cea lombară. Pulsul este frecvent în raport cu temperatura, ipotensiune arterială deja din a 3-a, a 4-a zi de boală. Apariția exantemului în a 3—5-a zi de boală.

Diagnosticul diferențial se face cu foarte multe boli infecțioase acute.

În primul rând vom face acest diagnostic diferențial cu febra tifoidă și cu febrele paratifoidale.

În ce privește febra tifoidă, confuzia poate nu este așa de des posibilă, cum în general se crede. Aceasta mai ales în cazurile tipice de febră tifoidă sau de exantematic. Într-adevăr, tablourile clinice în aceste cazuri așa sunt de caracteristice, că o confuzie între ele nu prea este posibilă, dacă considerăm simptomele clinice ale fiecărei boli în parte.

În tifusul exantematic începutul de obicei este brusc, cu temperatura înaltă dintr'odată și cu frison sau cel mult temperatura ajunge maximum în 2—3 zile. Temperatura în a 12—16-a zi de boală de obicei scade prin o liză scurtă de 2—3 zile. Fața bolnavului este congestionată, prezintă conjunctivită pronunțată, faringită, tracheobronșită, dela început predomină simptomele nervoase, care sunt extrem de accentuate, există tahicardie, ipotensiune arterială pronunțată. Erupția în tifusul exantematic apare de obicei toată deodată, în 24—48 ore este generalizată pe întreg corpul și este

foarte numeroasă, mai ales pe umeri, axile, flancuri, însă există și în restul corpului și pe extremități. Erupția des este echimotică sau net hemoragică, pielea între elementele eruptive este violacee.

În febra tifoidă începutul de obiceiu este lent și insidios, fenomenele nervoase sunt mai reduse, fața este mai palidă, există o bradicardie relativă, domină fenomenele gastro-intestinale, meteorism, ghemăturile ileocecale, eventual diaree, hemoragiile intestinale, splina este mai mare, defervescenta se face încet, în liză lungă. Aci elementele eruptive sunt niște pete lenticulare, de culoare roză-vie, apar în puseuri succesive, sunt puțin numeroase (5—20 deodată), au localizarea predilectă pe fața anterioară toraco-abdominală, apar în săptămâna a 2-a de boală.

Vom mai face diagnostic diferențial cu meningita cerebrospinală epidemică, rușea, forma pernicioasă a malariei, dizenteria, pneumonia, gripa, febra recurentă, trichinoza, amigdalita septică, reumatism poliartricular acut, tuberculoza acută. Diagnosticul diferențial cu toate aceste boli infecțioase acute se va face având în vedere simptomatologia clinică a fiecărei boli în parte și a tifusului exantematic. Bine înțeles că în toate cazurile de limită și în cazurile dubioase reacțiunile de laborator ne vor tranșa diagnosticul.

Diagnostic de laborator. Pentru diagnosticul de laborator, din punct de vedere practic importanță mai mare are *sero-reacția de aglutinare Weil-Felix*, adică aglutinare specifică a culturilor recente de bacili proteus X 19, de către serul bolnavilor și convalescenților de tifus exantematic.

Această reacție este pozitivă aproape în 100% a cazurilor în ziua a 4—5-a de boală. La început este pozitivă la un titru de 1/50—1/100, reacția pozitivă la acest titru deja este suspectă, fără să ne dea siguranță. Reacția persistă pozitivă în tot timpul perioadei de stare, în care timp titrul diluției de pozitivitate crește, ajungând până la diluții mari, 1/32.000 și mai mult. În cazurile noastre maximum de diluție întâlnită a fost titru de 1/5400. Apoi pozitivitatea reacției crește în timpul convalescenței pentru a dispărea cu încetul. După Schütz și Messerschmidt, scăderea titrului se face cu oscilații și în timpul observației de 10 săptămâni dela începutul bolii numai în rare cazuri reacția Weil-Felix a devenit din nou negativă.

Pentru diagnostic în general se cere un titru de cel puțin 1/200. Deși reacția Weil-Felix este de o importanță capitală în diagnosticul tifusului exantematic, totuși ea nu pare a da o siguranță de 100%, după cum în general se dă în literatură. Ea este o reacție biologică și până astăzi nu există nici o reacție biologică cu rezultate sigure 100%. Într'adevăr o reacție Weil-Felix constant negativă nu poate exclude cu siguranță un diagnostic de tifus exantematic, dacă simpto-

matologia clinică pledează pentru acesta. Tot așa și o reacție Weil-Felix 1/200 pozitivă nu totdeauna dă cu siguranță un diagnostic de tifus exantematic, pentru că se citează cazuri, cu reacția pozitivă la acest titru, fără să fie vorba de exantematic, aceasta mai ales în cazurile de ictere epidemice, ce se observă des pe front, în care uneori reacția Weil-Felix este pozitivă. Tot așa se mai notează reacția Weil-Felix pozitivă și în cazurile de infecțiuni cu bacili proteiformi, manifestate sub forma de infecțiuni a căilor biliare, urinare sau a plăgilor la răniți.

O altă dificultate în interpretarea reacției Weil-Felix mai este uneori și faptul, că în serul exantematicilor există adesea și coagulantine tifice. Executând la acești bolnavi paralel cu reacția Weil-Felix și reacția Widal, foarte des le găsim pe ambele pozitive. În caz de exantematic reacția Weil-Felix este pozitivă la un titru mult mai înalt, decât reacția Widal, de exemplu în unul din cazurile noastre de exantematic s'a înregistrat reacția Weil-Felix pozitivă 1/1280 și reacția Widal pozitivă 1/400.

În aceste cazuri este vorba de coagulantine tifice, prezente în sângele exantematicilor, a căror interpretare încă nu este dată definitiv. După unii autori, în aceste cazuri ar fi vorba de indivizi vaccinați antitific sau care au avut în antecedente febra tifoidă și la care sub influența virusului exantematic s'au reexaltat și aglutinanele tifice.

În orice caz pentru diagnostic este important de a se nota din partea laboratorului prezența acestor coagulantine și ar fi de dorit, ca în toate aceste cazuri, fie că suspectăm tifusul exantematic, fie febra tifoidă, să se facă totdeauna ambele reacții de aglutinare, Weil-Felix și Widal. Medicul să interpreteze apoi rezultatul la patul bolnavului.

Greșeli se pot face în astfel de împrejurări în cazurile, unde suspectăm febră tifoidă, trimitem deci sânge pentru reacția Widal, care este pozitivă, eventual 1/400, însă cazul ar putea fi și un tifus exantematic cu prezență de coagulantine tifice, ceea ce nu se poate descoperi numai dacă facem concomitent și reacția Weil-Felix.

În orice caz și reacția Weil-Felix trebuie interpretată la patul bolnavului în raport cu tabloul clinic și cu evoluția tabloului clinic și în acest fel este cel mai prețios mijloc de diagnostic de laborator în această boală.

Pentru diagnostic se poate încerca hemocultura pentru bacilul proteus X 19, ceea ce este mai dificil, apoi se poate încerca cultivarea aceluiași bacil din urina bolnavului. Prin metode speciale se poate încerca cultivarea rickettsiilor din sânge.

Ca metode de diagnostic de laborator se mai utilizează metoda inoculării experimentale a animalelor receptive (mămuțe, cobai) cu sânge dela bolnavii

Protecția gestației



în avort iminent și habitual
sterilitate în urma netransformării
mucoasei uterine în faza pregravidă,
hemoragii (hiperplasii glandulare,
cistice, juvenile și climacterice)

Flavolutan

(Corpul galben dizolvat în uleiul germinului de grâu)

Conține deci și vitamina E. Deaceia acțiune
mărită a progesteronului. Pe baza conținutului
vitaminei E este mai ales indicat în tratamentul
avortului habitual și iminent.

Fiole cu câte 2 mg
cutii cu 1 și 3 fiole

Fiole cu câte 5 mg
cutii cu 1 și 5 fiole



C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H., Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.

Preparat sulfamidat

A M B E S I D

T a b l e t e

conținând 0,40 paraamino-
benzolsulfamid pe tabletă.

Bine tolerat

Excitantul sistemului cardio-vascular

A D I G A N

soluție, fiole și tablete

Preparat de digitală, pur, precis
titrat, eficace, inofensiv și netoxic.

**Pentru favorizarea fixării calciului
în organism și tonic general**

VITAMINA D.

Ergosterin irradiat „Gedeon Richter“

Soluție și tablete

Fabrica de Produse Chimice

„GEDEON RICHTER“ S. A.

București V, Str. Logofătul Tăut Nr. 99 — Telefon Nr. 5.69.02.

suspecți de boală, producând la aceste animale o stare febrilă de 10—12 zile.

Se poate face examenul anatomo-patologic al unei petești, excluzate pentru fixarea diagnosticului, constatându-se în caz de tifus exantematic alterațiunile caracteristice de infiltrație perivasculară și de necroză.

În laboratorii cu supraveghere riguroasă, se poate recurge pentru diagnostic, de a lua păduchi sănătoși, de a-l pune pe bolnav, care în acest fel se infectează și în caz de tifus exantematic după 3—5 zile se constată în tubul lor gastro-intestinal germenii rickettsia-provazki.

Reacția Diazo încă este un adjuvant pentru diagnostic.

Prognostic. Tifusul exantematic în general este o boală cu prognosticul foarte serios, dă o mortalitate de 10—30%, variabilă după epidemii. Prognosticul variază în mod esențial cu vârsta bolnavilor. Până la vârsta de 30 de ani prognosticul este destul de bun, letalitatea fiind de 5—6%; după această vârstă crește progresiv, pentru ca pe la 60 de ani letalitatea să fie de 50—60%.

Dintre cele 45 de cazuri ale noastre, de până acum, au sucombat 2 cazuri, deci ar fi o mortalitate globală de 4,5%. Vârsta cazurilor sucombute a fost, unul de 33 de ani și altul de 60 de ani.

Dat fiind numărul redus al cazurilor noastre, nu ne permitem să tragem nici o concluzie în privința prognosticului.

Tratament. Un tratament specific cu eficacitate indiscutabilă în tifusul exantematic nu avem. Se aplică pe o scară întinsă de către diferiți autori ser de convalescent sau hemoterapie de convalescent, fără rezultate concludente. Noi înșine aplicăm hemoterapia de convalescent, în special în cazurile grave, fără a putea afirma un rezultat deosebit. S'a încercat prepararea unui ser curativ prin inoculări de rickettsii la cal (Zinsser), fără a obține rezultate terapeutice hotărâtoare.

Chimioterapie se aplică pe o scară foarte întinsă în această boală. Mai veche întrebuințare are urotropina, pe care o aplică foarte mulți autori; o aplicăm și noi, pe cale bucală sau sub formă de injecții. Alte preparate administrate sunt: electrargol, colargol, piridiu, argocrom etc.

O utilizare mai mare au astăzi sulfamidele, atât cele roșii, cât și cele albe, pe cale bucală și sub formă de injecții. Rezultatele obținute până acum de către diverși autori nu sunt concludente. Noi încă am aplicat și aplicăm sulfamidele albe și roșii (dagenan, eubasin, eleudron, septamid, gonopneumocid, rubiazol, sulfazol, prontosi), în mod sistematic în cazurile noastre de tifus exantematic, 6 tablete pe zi, tot timpul perioadelor febrile. Rezultatele sunt foarte greu de interpretat, în orice caz aproape toate cazurile s'au vindecat, ceea ce desigur că este greu a se atribui medicației aplicate.

Tratamentul pur simptomatic încă joacă mare rol în îngrijirea acestor bolnavi. În special aparatul cardiovascular va fi menținut într-o funcțiune cât mai bună prin cardiotonice potrivite, aplicate la timpul necesar. Mai ales în cazurile grave cu fenomene de insuficiență cardio-vasculară vom administra cardiotonicele (veritol, verlazol, sympatol, oleu camforat, strichnină, cardiazol, cafeină, adrenalină, etc.) în mod regulat la 2—4 ore interval. Strofantina (combetin) încă este necesară în unele cazuri.

Temperatura prea mare va fi combătută cu doze mici de antitermice (piramidon, antipirină etc.), impachetări reci. Agitația nervoasă, insomnia, vor fi tratate prin calmante: luminal, veronal, dolantin, dilaudid etc.

Complicațiile renale, pulmonare și celelalte vor fi tratate în consecință.

Se impune un tratament igienic al cavității bucale și a întregului tegument, pentru a evita infecțiile secundare.

Regimul alimentar va fi lactat hidrat, compoturi, vitamine multe, cu ușoare preuri în perioada febrilă, după scăderea temperaturii realimentăm în mod progresiv destul de repede pe bolnav.

Profilaxie. În ce privește profilaxia, D-Voastră cunoașteți aceste măsuri; ele constau în primul rând în măsurile generale de profilaxie, adică declararea, izolarea bolnavilor și a contactilor, precum deparazitarea și desinfecțarea. Pentru a împledeca întinderea unei epidemii este absolut necesar, de a declara și cazurile suspecte de boală, chiar dacă ulterior nu s'ar confirma. Tot așa este absolut necesară izolarea și a tuturor indivizilor care au fost în contact cu bolnavul și ar fi putut fi infectați cu virusul rickettsian.

În ce privește această combatere trebuie insistat, că este absolut necesar de a distruge nu numai păduchii printr-o deparazitare radicală, ci este tot așa de necesar de a distruge și toate rickettsiile virulente, împrăștiate cu materiile fecale ale păduchilor pe pielea, lenjeria și hainele bolnavilor, prin mijloace desinfecțante corespunzătoare.

Profilaxia specifică prin imunizare activă cu vaccin rickettsian, după metoda Welgi, este încă în faza mai mult experimentală. După cum știți, vaccinul Welgi este constituit din conținutul intestinal al păduchilor infectați pe cale anală, cu rickettsii. Pentru vaccinarea unei persoane în trei injecții este necesar conținutul intestinal a 175 de păduchi, cu 8 miliarde de rickettsii, ceea ce explică dificultatea mare de a aplica pe o scară mai întinsă acest vaccin. El se aplică mai mult personalului medical și sanitar auxiliar, care este mai expus infecțiilor cu virusul rickettsian.

Se fac vaccinări și cu vaccinul Zinsser-Castaneda, care este un vaccin formolat, compus din culturi de țesut vaginal și peritoneal dela șobolani iradiați și inoculați apoi cu tifus murin.

Medicina de războiu

Şase luni de activitate în Secția de Contagioși a Spitalului 7 Campanie

de

Medic Major rez. Dr. Oct. Sonea,
șeful Serv. de Higienă și Prof. Nr. 3

și **Medic Căpitan rez. F. V. Borbil,**
șeful Secției de Contagioși

Boalele contagioase prin extrema lor difuzibilitate în masele umane și prin marea lor mortalitate, au fost în toate timpurile un apanagiu constant și neplăcut al tuturor războaielor din trecut. Era deci logic să ne așteptăm și în această mare încălecare de popoare la surprize tot atât de neplăcute, cu atât mai vârtos, cu cât ritmul acestor bătălii este cu mult mai rapid ca și a celor din trecut și deci și dislocările de mari mase pe distanțe nebănuite și cu mijloace extrarapide sunt factori pe cât de determinanți tot pe atât de importanți la împrăștierea rapidă și uneori alarmantă a unor nedorite molime. Relaxarea condițiilor igienice inerente câmpurilor de luptă cu lipsa unei ape potabile igienice, a latrinelor și cu prezența în schimb din abundență a paraziților și a muștelor provenite de la cadavrele ce zac părăsite și neridicate în mijlocul câmpurilor de mline, sunt cauze indeobște întâlnite și formează motive unele capitale și determinante la izbucnirea epidemiiilor de campanie. Factorii meteorologici, ca frigul prea excesiv sau căldurile toride, anotimpurile ploioase și umede, variațiunile climatologice și de altitudine, sunt alți factori cari pot prezida la ivirea epidemiiilor sezoniere și a celor datorite paraziților.

A fost deci logic ca autoritățile noastre sanitare militare să ia măsuri preventive și bine concepute încă din timp spre a preîntâmpina orice surpriză din acest multiplu punct de vedere, știut fiind că Peninsula Crimeei prezintă toate condițiile favorizante la ivirea de epidemii de orice natură, întrucât dispune atât de stepă bătută de vânturi, de litoral maritim cu un climat caracteristic mediteranean, cât și de mlaștină generatoare de anofeli și reglune muntoasă care singură mai intervine în a înfrâna curenții ce variază neîncetat de la vest și de la nord la sud.

Serviciul Sanitar al Corpului de munte, cu ajutorul Serviciului său de Higienă și Profilaxie a luat încă din timp măsurile trebuincioase, grație cărora s'a putut preîntâmpina izbucnirea unor epidemii temute, cari altădată au scos din luptă mulți de ostași, contribuind la slăbirea și uneori la reducerea pernicioasă a efectivului unităților și deci la reducerea forțelor lor combative. Chininizarea preventivă a trupelor, o riguroasă și continuă deparazitare a unităților, inoculările periodice antitifo-paratifice, antiholerice și antitetanice, cu analizarea

preventivă a surselor de apă și controlarea din timp în timp a conservelor și făinurilor alimentare, au făcut ca stricto sensu să nici nu putem vorbi de epidemii, ci de mici recrudescențe a unor endemii, cari obișnuit devin mai frecvente în anume anotimpuri, dând îmbolnăvirii cu un caracter mai mult sezonier decât epidemic.

Trei au fost boalele care au depășit totuși obiceiul și cari au fost bine cunoscute încă de pe vremuri ca mari calamități ce însoțeau războaiele: Rickettsiozele, dizenterie și febrele tifo-paratifice sau mai bine zis cu denumirea lor de ansamblu după numele unui autor: „Salmonelozele”.

Vom încerca a reda activitatea Secției de Contagioși de pe lângă Spitalul 7 de Campanie începând cu data de 1 Mai 1942, dată de când a fost preluată și condusă de Serviciul de Higienă și Profilaxie Nr. 3 ce funcționează pe lângă Serviciul Sanitar al Corpului de munte. — O activitate de 6 luni în domeniul statistic nu poate da date prea concludente, dar ar putea să dea anume indicii de felul cum a funcționat serviciul de profilaxie într-o perioadă importantă a campaniei din Crimeea, cum a fost aceea a bătăliei din Peninsula Kerel și a asediului Sevastopolului.

Să trecem acum în revistă singuraticile boale contagioase în ordinea aparițiilor lor în cele șase luni, începând cu luna Mai și până în prezent.

Febra de Wolhynia sau: Febra de tranșee

Imediat la preluarea Secției am fost frapați de avalanșa unui mare număr de bolnavi etichetați drept Febră de Wolhynia și cari din cele 60 paturi de cari dispunea Secția ocupau 37. Cu toții prezentau o stare febrilă cu caracter remitent, recurent sau undulant ce dura de 2—3 săptămâni și care nu ceda la obiceiuita medicație aplicată la formațiunile sanitare ce premerg pitalile de campanie. Au fost încercate rând pe rând antipireticele inclusiv chinina și atebina, sulfamidele cu variantele lor albe, seruri imunizante nespecifice de genul omnadinol, desinfecțante generale ca urotropina etc., fără ca prin acestea să se fi influențat câtuși de puțin decursul clinic al boalei. Cercetând literatura din războiul trecut ce ne-a stat la dispoziție, am putut afla că este vorba de o boală cu altură infecțioasă, obser-

vătă în anul 1915/16 la trupele germano-austriace de pe frontul din Wolhynta (o regiune din Polonia rusească, de unde-1 și denumirea), care a fost apoi descrisă și de medicul englez Graham tot prin 1915, care a socotit cam la 200.000 numărul îmbolnăvirilor, denumind-o Trench fever. A mai descris-o rând pe rând Italianul Sisto și germanul Franke care ar fi observat-o în Galizia chiar înainte de război.

Ca etiologie: S'a căutat a se pune în legătură boala cu o spirochetă descrisă (și pusă în evidență din sângele și urina bolnavilor de către Koch și mai apoi de Reiner în Wolhynta. Francezii Couvy și Dujarlo au și denumit-o „Spirocheta gallica”. Unii au presupus un virus ce s'a și putut pune în evidență atât în sângele cât și în urina bolnavilor. Mai în urmă s'a căutat a se pune în legătură boala cu abundența păduchilor cari parazitau trupele cantonate în tranșee și că ar fi vorba de un virus al cărui vector ar fi păduchele. Cercetările din ultimul timp au arătat că este vorba în mod indubitabil de o varietate de rickettsii (Rickettsia Wolhyntica) din marele grup al rickettsiilor producătoare de febre exantematice.

Ancheta epidemiologică făcută între bolnavi a putut aduce precizunea că într'adevăr în curs trupele noastre au fost obligate de a intra pe niște poziții din jurul Sevastopolului, ocupate anterior de trupele germane și cari într'adevăr au fost bogat parazitare de insecte și că afirmativ nu mare număr de soldați germani ar fi fost evacuați cu stări febrile analoage cu ale soldaților noștri, etichetate de către medicii germani drept febră de Wolhynta sau febră de tranșee.

Simptomatologia. Pe scurt ar fi următoarea: După o stare prodromală de 7—8 zile un frison solemn (care uneori poate și lipsi) cu o ascensiune febrilă de 40°. Această stare se menține cu remisiuni vespérale timp de 5—6 zile, febra având un caracter când paroxistic cu frisoane, când ondulant. Pauza între perioadele febrile este o acalmie de una săptămână, când bolnavii nu sunt complet afebrili și simt o astenie cu adinamie ce este însoțită uneori de dureri lancinante, obicinuit însă surde, dar destul de intense în gambe de-a lungul mușchilor și uneori chiar de-a lungul oaselor gambelor, de unde și denumirea de febră tibialgică. Accesele febrile se repetă uneori săptămânal și chiar luni de-a rândul, debilitând organismul, dar fără apariția vreunei complicații și fără să fi cauzat vreodată un sfârșit letal.

Diagnostic. Pentru precizarea diagnosticului s'a încercat și în secția noastră o serie de probe de laborator. Leucogramele precum și reacțiunile serologice nu au dat nimic concludent. S'au putut constata când leucocitoze (în perioadele febrile), când leucopenii. Iar reacția Well-Felix a rămas constant negativă cu proteus x_{10} și foarte rar pozitivă cu proteus x_1 și pr. x_2 .

Splenomegalia este aproape constant prezentă. Nistagmul, adică mișcările oscilatorii și rotatorii ale globului ocular, descris de unii autori ca patognomonic, n'a putut fi observat de noi. Uneori au fost prezente injectarea quasi caracteristică a conjunctivelor oculare, deși acestea ar fi mai curând patognomonice pentru începutul unui exantematic. Alți autori au surprins și un exantem în primele 24 ore ale boalei, simptom ce nu a fost văzut în secția noastră, într-un cânt bolnavi (noștri) au intrat cu toții în serviciul nostru după mai multe zile de boală.

Ar urma acum a se exclude o serie de boale cu cari ar putea fi confundată maladia noastră:

1. În primul rând *Febra recurentă*, unde evoluția febrei e în mai multe cicluri separate între ele prin pauze de apirexie, ce nu se poate întâlni în nici o altă boală infecțioasă și unde perioadele intermediare sunt complet apriteice, cu examenul sângelui ce decelează prezența Spirochetului Obermayer.

2. *Malaria* are de asemenea o ciclicitate atât în terță cât și în estivo-automnală, reacționează (destul de) prompt la chinină, plus Hematozoarul Laveran ce se poate ușor pune în evidență.

3. *Gripa*, denumită și *febră catarală*, se termină de obicei în 7—8 zile. Și are ca principal semn catarul căilor respiratorii superioare.

4. *Denga*, o infecție de scurtă durată, prezintă de obicei o durere musculară mai mult lombară. După 24—72 ore apare odată cu dispariția febrei o erupție rușoliformă.

5. *Septicemiile, ca gono- și meningocociile:* Au de asemenea caracteristicile lor, deși într-o perioadă a lor ar putea să dea ușor naștere la confuzii. *Meningococia*, pe lângă febra intermitentă are totdeauna un exantem ori o purpură foarte manifestă rușoliformă cu artrite. *Gonocociile:* prind repede articulațiile cari sunt foarte dureroase și cu predilecție monoarticulare cu tendință mare spre supurație.

Ne-am permis a insista ceva mai mult asupra simptomatologiei și diagnosticului acestei boli eminamente de campanie și care odată cu revenirea sezonului rece probabil se va prezenta din nou. Bolnavii cari se prezintă în perioade quasi apriteice foarte adeseori sunt etichetați de simulanți, dar și în acest caz durerile din molet, precum și astenia de cari se plâng bolnavii, trebuie să ne pună în gardă că am putea avea de a face cu un Wolhyntian. Importanța medico-militară a boalei este destul de ușor de întrevăzut, dacă ne dăm seama că o îmbolnăvire în masă este posibilă și că ar putea avea drept consecință pe de o parte slăbirea efectivelor, iar pe de altă parte blocarea unui număr important de paturi.

Singurul mijloc profilactic este și de data aceasta *deparazitarea riguroasă*, ceea ce mai are și dublul

avantajul că prezervează și față de celălalt și încă și mai important flagel, care știut este că rămâne tot exantematicul.

Tratamentul. În ce privește tratamentul, cel mai bun mijloc s'a arătat a fi chinina, în doze ca și în malarie, alternând cu tablete de salicilat de sodiu 3 gr la zi, ce vizează în special durerile tibiale.

O nouă reapariție a boalei ne va găsi de data aceasta și mai înarmați și ne va da putința să recurgem la noi investigațiuni atât clinice cât și eventual sero-bacteriologice, pentru o mai bună și mai perfectă cunoaștere a boalei.

Dizenteria

A 2-a afecțiune în ordinea cronologică este *dizenteria*. Altă dată atât de frecventă în aglomerațiile mari de trupe și unde regulile igienice din cauza condițiilor de trai impuse de greutatea campaniei lăsa întotdeauna mult de dorit. Lipsa latrinelor și adevăratele roșuri de muște ce se găseau în jurul cadavrelor, sunt cauza și agenți vectori indeobște cunoscuți. Prin faptul că materiile fecale murdăresc pretutindenea solul și constatarea că bacilii se mențin în pământ 2—3 luni, interval când persoanele cari se culcă sau umblă numai pe pământul infectat se pot cu ușurință îmbolnăvi, arată în mod eclatant câtă străduință se cere a se depune de serviciul sanitar al unităților ca să poată corespunde cu succes menirii lor, când uneori și cea mai elementară prevenire a boalei — spălarea mâinilor — este aproape imposibilă, cu toate că este bine cunoscut de toată lumea că dizenteria este eminamente boala mâinilor murdare.

Dar epidemia atât de temută de pe vremuri, a fost de data aceasta în toată perioada asediului dela Sevastopol însemnificantă, și a venit de abea după ce fortăreața a fost cucerită și numai după dislocarea spre noul obiectiv a trupelor, când lipsa de supraveghere a surselor alimentare și condițiile rudimentare facilitează ușor contaminarea unităților dela populația civilă.

După aceste considerațiuni de ordin general, vom încerca să schițăm câteva din bunele rezultate survenite la cazurile noastre de dizenterie, datorite noulor metode chimio-terapeutice quasi specifice obținute prin produsele albe ale sulfamidelor. Intrate relativ recent în arsenalul nostru terapeutic prin perfecționări de flecare zi a produselor datorite genialului Domagh, au reușit să-l redea în câteva zile pe acești bolnavi ocupațiunii lor zilnice, unde înainte vreme săptămâni și luni nu ajungeau să revină din starea lor de marasm și mizerie fiziologică.

Dela început trebuie să arătăm că în totalitatea lor cazurile confirmate de dizenterie n'au depășit numărul de 38, în decurs de 8—10 săptămâni, dar că am avut în schimb de a face cu 90 de cazuri de turburări ale

intestinului gros, etichetate drept colite dizenteriforme acute sau subacute nespecifice, întrucât probele de laborator n'au putut confirma dizenteria bacilară. — Caracterul lor prea explosiv și frecvența lor destul de însemnată în scurtul interval de timp de 2—3 săptămâni, mai apoi și constatarea confrăților noștri germani, cari au denumit-o „Krim-Krankheit", ne-a dat de bănuț că ar putea fi vorba nu numai de virulența mărită a bacilului coli, datorită schimbărilor brusce de regim sau unei alimentații prea îndelungat carnate și mai ales conservate, ci și eventual unei tulburări atenuate crameene a bacilului dizenteric, ce din cauza sulfamidoterapiei instituite încă din primele momente, n'a putut fi evidențiată bacteriologic, dar care uneori a cedat brusc la seroterapia specifică, făcând să dispară și acea stare toxică ce nu survine decât foarte rar la colita dizenteriformă și care uneori însoțea tabloul clinic al cazurilor noastre.

Metoda de urmat în secția noastră a fost următoarea: Un purgativ uleios, în speță uleiul de ricin, imediat la intrarea bolnavului în serviciu cu un regim hidric absolut cu ceal, fie rece, fie cald, de mentă. Dacă starea generală sau fenomenele toxice n'au permis să așteptăm confirmarea analizei de laborator, am recurs la seroterapie antidizenterică în cantități masive de ser de 100 cc în prima zi, ce s'a repetat a 2-a zi în doze descrescând (60—80 cc), și numai excepțional și a 3-a zi. Concomitent s'a aplicat sulfamidoterapia cu eubazin sau sulfapyridin, rar eleudronul, în doze de 3 grame la zi, timp de 3—4 zile, până la dispariția aproape regulată a scaunelor sanghinolente și a tenesmului. În 23 de cazuri de dizenterie confirmată nu s'a aplicat nici o seroterapie, ci numai sulfamidoterapie. Trebuie să adăugăm însă că aproape în toate cazurile la coprocultură s'a evidențiat bacilul Flexner, care este cel mai influențabil prin sulfamide, dovadă este faptul că Prontalbinul casel „Bayer" între multiplele lui recomandări prevede aplicarea lui și în cazuri de dizenterie cu bacilii Flexner. Probabil este vorba aici de o afinitate chimio-terapeutică quasi specifică cum este cazul stovarsolului în colitele dizenteriforme datorite spirililor. Serul întrebunțat în serviciu întrece cantitatea de mai bine de 3 kg, din care un kg ser antidizenteric desalbuminat „Behringwerke". Cantitatea de ser întrebunțată la o persoană n'a întrecut nici odată 240 cc eşalonată în trei reprize (100—86—60 cc). Ritmul acestor injecțiuni a fost zilnic și numai arareori din 2—2 zile, ghidul nostru fiind starea de intoxicație a bolnavului, febra și numărul scaunelor, cari aproape brusc scădeau dela 10—12 scaune la 4 și mai puțin, în 2, cel mult 3 zile. Am recurs uneori și la serul desalbuminat „Behringwerke" care ni s'a părut mai cu seamă în cazurile toxice grave superior serului nostru prin faptul că nu ne-a mai dat acea urticarie și acea boală a se-

ANEMOCIT

Injectii à 2 cmc.

Extract de ficat injectabil, bine desalbuminat și delipoidat

Cuții cu 5 fiole à 2 cmc.

Anemii pernicioase, gravidice, convalescență.

ANEMOCIT FORTE

in fiole à 5 cmc.

Extract de ficat injectabil, bine desalbuminat și delipoidat

Cuții cu 5 fiole à 2 cmc.

Anemii pernicioase, gravidice, convalescență.

ANEMOCIT DRAGELE

Flacon à 30 bucăți

Formula :

Principiu antianemic din ficat	0,03	gr.
Protoxalat de fier	0,05	"
Complex vitaminic B din drojdie	0,10	"
Extract de mucoasă stomachică	0,10	"
Excipient aromatizant	0,25	"
pe bucată.		

Anemii pernicioase, gravidice, convalescență.

CEREBROTONIN

Tonic reconstituant pe bază de glicerofosfați, extract de ficat și vitamina B.

Forma A cu arsen

Formula :

Glicerofosfați/Ca, Fe, Na și strichnină	3 ⁰ / ₀
Vitamina B. extract concentrat	2 ⁰ / ₀
Extract de ficat concentrat	1 ⁰ / ₀
Gluconat de calciu	1 ⁰ / ₀
Clorură de magneziu	0,5 ⁰ / ₀
Formiat de sodiu	0,2 ⁰ / ₀
Extract de cola	1 ⁰ / ₀
Metilarsenat de sodiu	0,05 ⁰ / ₀
Clorură de mangan	0,02 ⁰ / ₀
Excipient aromatizant q. s. ad. 100 cmc.	

Format B fără arsen

Formula :

Glicerofosfați/Ca, Fe, Na și strichnină	3 ⁰ / ₀
Vitamina B extract concentrat	2 ⁰ / ₀
Extract de ficat concentrat	1 ⁰ / ₀
Gluconat de calciu	1 ⁰ / ₀
Clorură de magneziu	0,5 ⁰ / ₀
Formiat de sodiu	0,2 ⁰ / ₀
Extract de cola	1 ⁰ / ₀
Clorură de mangan	0,02 ⁰ / ₀
Excipient aromatizant q. s. ad. 100 cmc.	

Stări de slăbiciune nervoasă, anemie, depresiune, neurastenii, su menaj, convalescență

Mostre și literatură :

„NEOFARM“ Laborator Chimico-Farmaceutic

București V, Calea Vitanului 11 — Telefon 5.73.46.



„In genere, preparatul Spuman-Styli în combinațiunile sale cu diverse medicamente specifice, poate fi considerat ca extrem de eficace în ce privește acțiunea sa resorbtivă, astringentă și bactericidă, întrucât nici una din cunoscutele metode aplicabile nu este în stare să dea acestor corpuri specifice o înrăurire atât de durabilă și amplă precum însuși procedeul Spuman. astfel că Spumanul și combinațiile sale reprezintă nu numai pentru ginecologi, dar mai cu seamă pentru un medic, care este cu totul absorbit de ocupațiunile sale, un element nou de o valoare neprețuită în domeniul atât de bogat al medicamentelor”.

Dr. JOHANNES TREBING
(de la Clinica și Policlinica pentru boli de femei
a Profesorului von Bardeleben, Berlin).

„ZENTRALBLATT FÜR DIE GESAMTE THERAPIE“, Band 33, Nr. 9.

Și astfel a însemnat pentru tratamentul maladiilor urogenitale la femei

terapia cu spumă de Spuman o îmbogățire esențială. Prin ea s'a ajuns să se unească proprietățile unor încercate remedii ginecologice (precum sărurile de argint, acidul salicilic și lactic, ichtiolul, dextroza, mușetelul), cu avantajele procedeului spumos al Spumanului: Intrebuințarea lui simplă și decentă, dislocarea mucoaselor patologice prin acțiunea bășicuțelor de acid carbonic în stare născândă, prin dispersiunea intensivă și răspândirea foarte fină în profunzime a substanțelor curative. Bazat pe succesele curative atât de convingătoare precum și pe renumele său datând de un șir lung de ani,

terapia cu Spuman

și-a cucerit și afirmat locul său la medicii din România.

Bujiuri de 0.5, 1, 2 și 3 grame.

Literatură despre Spuman vă stă cu plăcere la dispoziție.

LUITPOLD - WERK, MÜNCHEN

Depozit permanent pentru preparatele Luitpold-Werk în România:

„DROGUERIA STANDARD“ S. A. R.

București I. — Strada Sf. Ionică No. 8

rulul, care este așa de puțin dorită la organisme de debilitate prin toxemie și denutriție îndelungată. De fapt reacția așa de puțin plăcută n'a survenit decât în 2 cazuri mai intens, iar în cele mai multe cazuri aproape că a lipsit. În schimb la serul german n'am putut surprinde nici o reacție anafilactică.

Bazat pe aceste considerente, credem, că dizenteria a încetat de a mai fi cea contagioasă temută care era în războaiele trecute și aceasta grație noulor metode datorite erel sulfamidelor albe și cari s'au arătat așa de eficiente, dar numai dacă se respectă și de data aceasta vechea axiomă medievală: „Qui bene purgat, bene sanat“. Deci ne permitem a stăruia din nou: întâlu purgativul, și încă unul uleios.

Febrele tifo-paratifice. Salmonelozele

În ordinea apariției și importanței lor epidemiologice urmează febrele tifo-paratifice cu subgrupa lor denumită Salmonelozele, cari începând cu luna August sunt în continuă creștere, atingând peste 70 de cazuri la începutul lunii Noiembrie, cu tendință spre descreșterea treptată, dar lentă. Ancheta epidemiologică întreprinsă de noi arată că în majoritatea cazurilor avem de a face cu îmbolnăviri la persoane cari au fost incomplet vaccinate, nerevacinate în cursul acestui an, sau complet nevaccinate fiind datorită unei substrageri voite, fie că în perioada vaccinării au fost departe de unitățile lor, scăpând astfel vigilenței medicilor. (Nevaccinați 16; nerevacinați 3; complet nevaccinați 2 ofițeri și 1 subofiter, [toți trei activi]). Deși apariția bolii la 28 bolnavi complet vaccinați este certă, totuși metoda inoculărilor cu TAB, cunoscută în literatura mondială drept ca metodă românească, trebuie să fie urmată cu rigurozitate, fiind dovedită ca una din procedeele profilactice din cele mai eficiente și este astăzi practică în toate armatele din lume.

În ce privește *frecvența etiologică*: Aproape 74% din cazuri sunt datorite bacilului tific (45 cazuri Ty + 45 cazuri cari au aglutinat deopotrivă cu Ty și B. enteritis Gärtneri). Restul cazurilor fac parte din paratificul A (un singur caz) și 13 cazuri din subgrupa Salmonelozelor, a paratificului B, unde, precum se știe, intră foarte mulți bacili, cari poartă numele fie al autorilor cari l-au izolat, fie al localităților unde au fost izolați. Toți acești bacili prezintă morfologic o identitate cu cele ale bacilului paratific B, însă ei se deosebesc unul de altul prin reacțiunile lor de aglutinare. Din acest punct de vedere se disting 2 subgrupe: 1. subgrupa Gärtner (din care noi am avut 7 cazuri) și a 2-a subgrupă, a paratificului B propriu zis. — Am ținut să reamintim acest mic amănunt, întrucât la confirmarea serologică a cazurilor am avut la început unele dificultăți, reacția Gruber-Widal fiind în repetate rânduri negativă, până ce laboratorul nostru, în posesia a peste 16 tulpini de

bacili tifo-paratifici diferiți, a căror procurare a necesitat destule străduinți, a putut executa o serie de aglutinări cu întreaga gamă a salmonelozelor, confirmând rând pe rând cazurile cari au prezentat clinic sindrome morbide foarte variate ca debut și evoluție clinică. Astfel au fost sero-diagnosticate 13 cazuri Para B., 1 caz Ärttrick, 7 cazuri Gärtner, 1 caz de melanj între Ärttrick și Gärtner, 1 între PA. și Para B. și unul Ruhr.

În ce privește *contagiunea*: Infecțiunea prin paratifici la om survine ușor fie prin consumarea cărnii dela vitele bolnave, unde bacilul se află uneori chiar și ca simplu saprofit, ca apoi exaltându-și virulența să devină patogen, fie că îmbolnăvirea se produce pe cale hidrică sau alimentară, la care cei nevaccinați, insuficient sau incomplet vaccinați nu rezistă decât arareori.

Decursul clinic. În ce privește formele clinice am avut în genere cazuri benigne. Cam 85% a cazurilor fără complicațiuni propriu zise. Numărul cazurilor complicate se ridică la 14. Dintre acestea cea mai frecventă a fost congestia bazelor pulmonare în aproximativ 7 cazuri, care în 3 cazuri a dus la moarte prin insuficiența cordului stg. și collaps cardiac. Într'un caz cu dublă congestie a survenit și un sindrom hemoragic parca a premers congestiei și unde transfuzii de sânge repetate au permis menținerea bolnavului timp de aproximativ 14 zile, până la apariția fenomenelor congestive dela baze, cari apoi prin insuficiența cordului stg. au provocat moartea bolnavului. Una din complicațiuni, considerată ca redutabilă și care a survenit la noi destul de des, a fost parotidita supurată în 4 cazuri și cea gangrenoasă într'un singur caz, cu eliminarea unei părți importante a țesutului glandular și pareză facială consecutivă. O seroterapie instituită din timp (în 3 cazuri) cu ser anti-gangrenos a putut salva viața bolnavilor. Și în aceste cazuri seroterapia a fost masivă, înglobând în decurs de 3 zile 240 cc ser pe bolnav. Enteroragia a survenit într'un singur caz, fără să fi fost letală. Tot astfel la un ofiter a apărut o flebită a femoralei drepte în perioada de declin, făcând să se prelungească boala cu încă 4 săptămâni. O altă complicație debilitantă și relativ frecventă au fost hidradenitele axilare și în genere furunculoza. Unul din cei cu complicațiile paratidene a făcut și un abces metastatic fesișer, iar altul un abces flegmonos al coapselor. Apariția și evoluția acestor abcese s'a făcut foarte rapid, au fost destul de voluminoase și cu o durată de aprox. 14 zile. Din puroiul abceselor s'a putut cultiva și identifica agentul în cauză (b. tific și paratific). (Sold. Nez. și Amberg.)

Tratamentul. A prezentat la început destule dificultăți, știut fiind că în materie de febră tifoidă vindecarea și buna îngrijire a bolnavului cam într'o proporție de 60% l se atribue infirmierelor și îngrijirei devotate și cam în 40% vigilenței și supravegherii

continue a medicilor. Și această dificultate inițială a fost înlăturată prin angajarea și instruirea în serviciul nostru a 3 infirmiere și a unei doctorițe ruse, care prin destulă râvnă și devoțiune au conlucrat și contribuit în bună măsură la obținerea succesului terapeutic urmărit. Prin stăruința șefului serviciului nostru s'a putut ajunge la un local și la mijloace de spitalizare din ce în ce mai bune, având la dispoziție și material sanitar, precum și farmaceutic, în cantități suficiente. În ce privește tratamentul, am recurs la toate cele trei metode îndejuns de practicate în această boală, la tratamentul 1. fizic, 2. medicamentos, și 3. specific.

Ca tratament fizic s'au practicat compresele abdomenale, toracice și chiar împachetări în formele hipertermice de durată. Balneatiunile au fost numai în rare cazuri aplicate, prezentând destule dificultăți din cauza distanței băilor față de saloanele de bolnavi.

Tratamentul medicamentos a vizat în special întărirea cordului și combaterea ivirii complicațiilor cardio-pulmonare, prin administrarea ritmică și la intervale scurte a analepticelelor, aproximativ din 4 în 4 ore,

zi și noapte (Cardiazol, camfor, caffein). S'au aplicat aproape concomitent în perioada de stare serul glucozat hipertonic 20% în 2—3 reprize și serul fiziologic în cantități variabile pentru combaterea toxemiei și pentru hidratarea organismului. Desinfectante generale, ca urotropina, în special în cazurile complicate cu icter. Pentru stimularea organismului și combaterea prostrației s'a administrat elixirul acid al lui Haller în soluție de 1%, în special în perioada febrilă, la interval de 2—2 ore câte o lingură.

Ca tratament specific: La stăruința șefului nostru am aplicat și imuno-terapia prin vaccin TAB ca un stimulent al leucopolezelor și cu o densitate de germeni egală cu TAB-ul „Cantacuzino”. Germenii au fost selecționați din tulpinile locale crimeene în soluții de $\frac{1}{50}$, $\frac{1}{20}$ și $\frac{1}{10}$, injectându-se subcutan. S'au repetat la intervale de 2—3 zile, ghidându-ne după reacția febrilă, care nu trebuia să depășească mai mult de un grad, cantitatea injectată fiind în toate cazurile de 1 cc. Scopul urmărit a fost cuparea perioadelor de stare în cazurile prea prelungite unde întârzia prea insolit imunizarea naturală a organismului.

Grefele dermoepidermice în plăgile de război¹⁾

de

Dr. I. Danicico, Dr. M. Copăceanu, Dr. M. Teșoiu și Dr. H. Columb

Și în timp de pace, dar cu deosebire în timp de război, orice măsură care grăbește recuperarea bolnavului, a rănitului de război în speță, se impune a fi folosită. Una din aceste măsuri o constituie plastile de orice fel. În plăgile de război, fiind vorba în cele mai multe din cazuri de cicatrizări per secundam, sunt indicate plastile libere: grefe epidermice, dermoepidermice și grefe cutanate totale. Cum noi am avut ocazia să aplicăm plastile cu grefe dermoepidermice în 12 cazuri de răniți de război, vom expune, în cele ce urmează, experiența noastră în această materie, bazată și pe alte 19 cazuri culese de noi din practica civilă în ultimii patru ani.

Trebue dela început să precizăm că noi am recurs la metoda grefelor dermoepidermice după tehnica Halsted-Davis, așa cum ne-am însușit-o unul din noi (Dr. Danicico) în Clinica chirurgicală din Dijon, dela J. de Girardier, elev al profesorului Leriche, elev care la 1927 a publicat primele rezultate de grefe Halsted-Davis ale maestrului său.

Metoda grefelor dermoepidermice după Halsted-Davis constă în „a detașa mici insule tegumentare, în formă de pastile, conținând epidermul și totalitatea dermului, și ale transplanta pe zone de acoperit”. (Leriche.)

Avantajul lor este că aceste grefe pot fi aplicate atât pe o plagă operatorie proaspătă sau recentă, cât și pe plăgi granulativă, fără să necesite operații mari. Astfel în plăgile de granulație, aceste grefe, ca de altfel și grefele cu lambouri dermoepidermice Ollier-Tiersch, pot fi aplicate pe plaga în prealabil aseptizată, fără să fie nevoie să aivăm și deci să distrugem ceea ce natura a realizat. Și, în schimb, tegumentele astfel obținute au aproape calitățile tegumentelor normale; mai solide și mai rezistente după grefele dermoepidermice Halsted-Davis, cu care se transplantează întreg dermul, decât grefele în lambouri dermoepidermice după Ollier-Tiersch, în constituția cărora intră numai o parte din derm, atât cât briciul reușește să ridice în lambou, fără să determine sângerare prea mare. Tehnica extraordinară de simplă a prelevării grefelor dermoepidermice, tehnică care, cum o arată și figurile Nr. 1—5, constă în a secționa tegumentele la baza unui con format prin ridi-

¹⁾ Comunicare făcută la Congresul de chirurgie de război din Iași, Febr. 1942.

care epidermulul printr'o impulsătură de ac, față de tehnica prelevării lambourilor dermoepidermice Ollert-Tersch, cu ajutorul unui brici, tehnică care necesită pe lângă un instrument impecabil și o abilitate specială, încă face mai avantajoase grefele după Halsted-Davis.

Noi terenul de transplantat niciodată nu l-am deranjat prin excizii și raclaje, ci l-am lăsat așa cum se găsea după un tratament mai mult sau mai puțin îndelungat cu alifie cu untură de pește. N'am avut inconvenient cu acest mod de a proceda. Într'un singur caz, influența de comunicarea lui *Alglave*, care a modificat grefele lui Halsted-Davis — imaginate de altfel aproape simultan și de *Alglave* — plasând grefele în culburi ăuretate cu ajutorul unei ăurete în suprafața de grefat, am aplicat și noi grefele Halsted-Davis cu modificarea adusă de *Alglave*. Rezultatul este asemănător. Redăm în cele ce urmează cazurile noastre.

Obs. 1. — Soldat P. N., 25 ani, (Nr. 39/1941), rănit la gamba stângă prin grenadă la 7 Iulie 1941, în luptele dela Țiganca (Basarabia), este transportat la Spitalul din Bărlad, unde i se face amputația de necesitate a coapsei. Transpus în spitalul nostru pe data de 5 Oct. 1941, intră cu diagnosticul de bont vicios al coapsei stângi, după amputația coapsei. La data de 11 Oct. 1941 facem o reamputație, drenând parțial și lăsând parțial desunite. La 5 Noembrie 1941, prezentând lipsă de tegumente pe o suprafață de 7/7 cm., lipsă care ar necesita un tratament conservativ de cel puțin 3 luni, propunem plastie, ceea ce bolnavul acceptă.

5 Noembrie 1941, operație (Dr. I. Danicico): Sub anestezie cu Evipan executăm plastie cu insule Halsted-Davis, prelevate de pe fața anterioară a coapsei opuse. Se excizează locul de prelevare și se suturează plaga.

Mers postoperator: La data de 30 Dec. 1941 plaga este complet epitelizată. În acest caz s'a câștigat aproximativ 36 zile de tratament și o cicatrice rezistentă, care va suporta o proteză.

Obs. 2. — Soldat L. A., 28 ani, (Nr. 35), rănit la degetele piciorului stâng, în luptele din apropierea Hotinului, este operat în Spitalul din Piatra-Neamț, unde i s'a făcut amputația label piciorului, Lisfranc atipică. Intră în spitalul nostru cu bontul necoperit pe întreagă suprafața sa frontală (10/5 cm). Durata cicatrizării de cel puțin 4 luni (dela 5 Oct. 1941).

20 Oct. 1941, operație (Dr. I. Danicico): Sub anestezie rachidiană facem plastie cu insule Halsted-Davis prelevate de pe coapsă. Se excizează locul de prelevare, suturându-se plaga.

Mers postoperator: La 30 Dec. 1941 plaga este complet epitelizată. În acest caz cicatrizarea, cu toate că s'a făcut plastie, a fost destul de lungă (70 zile); aceasta fiindcă numai o parte din insule s'au prins. Dar grație insulelor prinse, ca și a epitelizării tegumentelor dela periferie, cicatrizarea stimulată de prezența acestor insule a dat o cicatrice solidă și acoperită de tegumente. Credem că și în acest caz timpul de cicatrizare a fost redus aproape la jumătate, cu un câștig de cel puțin 50 zile de ospitalizare și pansamente.

Obs. 3. — Caporal A. V., 30 ani, (Nr. 118/1941), rănit la 22 Aug. 1941 la Odesa, prezentând o plagă zdrobită prin schije în treimea mijlocie a feței anterioare a brațului stâng, interesând și mușchiul biceps, este evacuat și tratat la ambulanța divizionară, Spît. Tiraspol, Spît. Iași, Spît. 425 Ploiești, Dispensarul Crucii Roșii Oravița. La data de 1 Dec. 1941 intră în spitalul nostru, prezentând o cicatrice retractilă și o plagă atonă la mijloc pe o suprafață de 2/2 cm, plagă care persistă de aproape 2 luni. Cum

nici în alte 2 luni tratamentul conservativ nu ar fi reușit să epitelizeze plaga, se decide și se execută o plastie.

12 Dec. 1941, operație (Dr. I. Danicico și Dr. H. Columb): Sub anestezie locală facem plastia Halsted-Davis cu insule prelevate din regiunea deltoideană stângă. Se pansează plăgile superficiale cu alifie cu untură de pește.

Mers postoperator: La data de 22 Dec. 1941 este vindecat. Și în acest caz s'au câștigat cel puțin 50 zile de tratament.

Obs. 4. — Soldat N. N., 22 ani, (Nr. 17/1941), rănit la 18 Sept. 1941 la Odesa de schijă, la nivelul treimei inferioare fața posterioară a gambei stângi. Tratat conservativ în Spît. Tiraspol, Spît. Tighina, Spît. Ploiești, de unde este evacuat în spitalul nostru, pe data de 5 Oct. 1941. La intrarea în serviciu prezintă o plagă atonă situată pe fața posterioară a gambei stângi, având o întindere de 6.6 cm. Dela început propunem plastie. Bolnavul însă refuză. Și de fapt timp de 2 luni de tratament conservativ epitelizarea n'a progresat aproape deloc. Acceptă operația abia după acest interval de timp.

12 Dec. 1941, operație (Dr. I. Danicico și Dr. H. Colomb): Sub rachianestezie se execută plastia Halsted-Davis, cu insule libere prelevate de pe fața posterioară a coapsei drepte. Locul de prelevare se excizează și se suturează. Se pansează cu alifie cu untură de pește.

Mers postoperator: La data de 13 Ian. 1942 plaga este complet epitelizată. În acest caz credem că s'au câștigat cel puțin 30 zile de tratament.

Obs. 5. — Sergeant N. Șt., 28 ani, (Nr. 3/1941), rănit la 17 Iulie 1941 în luptele dela Țiganca (Basarabia) prin schijă. Tratat și evacuat dela postul de prim ajutor, la Murgeni, la Ambulanța Div. 21, spît. de campanie Volintiri, evacuat la spitalul nostru pe data de 26 Aug. 1941, când intră cu diagnosticul de plagă prin schijă la nivelul treimei mijlocii pe fața antero-externă a gambei stângi, pe o suprafață de 5/5 cm. Dela 26 Aug. până la 11 Dec. 1941 tratament conservativ. Plaga atonă cu fondul granulos, nu se observă nici o tendință de epitelizare. După impresia noastră, plaga tratată conservativ ar fi durat și un an de zile. Cu mare greutate convingem bolnavul să accepte o plastie.

12 Dec. 1941, operație (Dr. I. Danicico și Dr. H. Columb): Sub rachianestezie se execută plastia Halsted-Davis, cu insule libere prelevate din fața posterioară a coapsei drepte. Excizăm locul de prelevare și suturăm plaga. Se pansează cu alifie cu untură de pește.

Mersul postoperator: La data de 29 Dec. 1941 este vindecat. În acest caz s'au câștigat mai bine de 11 luni de tratament.

Obs. 6. — Caporal P. I., 27 ani, (Nr. 121), rănit la 30 Aug. 1941 la Odesa prin schijă; plaga situată la nivelul treimei superioare a pulpei stângi, interesând și musculatura. Evacuat și tratat la postul de prim ajutor, Amb. Div. Nr. 9, la 31 August 1941, unde i s'a scos schija din pulpă, tratat conservativ la Spît. Tiraspol, Spît. Fălticeni, Spît. Caracal. Intră în spitalul nostru la 9 Dec. 1941, cu o plagă de formă ovalară pe pulpa stângă (13 cm). După plagă prin schijă la acest nivel, poziție vicioasă cu redoare a articulației genunchiului stâng, extensiunea fiind limitată la 150°. Cum tratamentul conservativ nu a ajutat timp de 3 luni la epitelizare, cum plaga prezintă o vastă lipsă de tegumente (13/7 cm), se prevede un timp de încă aproximativ 6 luni până la vindecare. Propunem plastie, ceea ce bolnavul acceptă.

12 Dec. 1941, operație (Dr. I. Danicico și Dr. H. Columb): Sub rachianestezie se execută plastia Halsted-Davis, cu insule libere prelevate de pe fața posterioară a coapsei drepte. Se excizează și se suturează locul de prelevare. Pansăm ambele plăgi cu alifie cu untură de pește. Aplicăm apoi atelă gipsată pe fața anterioară a piciorului pentru redresarea articulației genunchiului stâng.

Mers postoperator: Cea mai mare parte din insule s'au prins; totuși la data de 27 Ian. 1942 mai persistă neepitelizată o fâșie centrală pe o întindere de 8/1 cm, deci o suprafață de 8 cmp., care poate va necesita o nouă plastie. Noi credem că și în acest caz bolnavul a câștigat cel puțin 4 luni, dar câștigul cel mare rezidă în faptul că s'a evitat o cicatrice retractilă, care l-ar fi agravat redoarea articulară a genunchiului.

Obs. 7. - Soldat B. N., 22 ani, (Nr. 123/1941), rănit în ziua de 29 Aug. 1941 în luptele dela Odesa, prin schijă, prezentând o plagă în treimea superioară a puipei stângi cu ruptura solearului. Evacuat și tratat la: postul de prim ajutor, Ambulanța Divizionară, Spit. Nr. 9, Spit. Zaltz, Spit. Tighina, Spit. Sf. Spiridon, Spit. Călimănești, Spit. Râmnicul-Vâlcea, Spit. Bocșa, Dispensarul Crucii Roșii Oravița. Transpus în spitalul nostru pe ziua de 15 Dec. 1941, cu o plagă granulară ce avea o întindere de 13/9 cm, plagă ce nu s'ar vindeca prin tratament conservativ decât în aproximativ 6 luni. De aceea se decide plastia.

19 Dec. 1941, operație (Dr. I. Danicico, Dr. H. Columb și Dr. Ghițuleasa E.): Sub anestezie rachidiană se execută plastie Halsted-Davis, cu insule prelevate de pe fața posterioară a acoapsei coapse.

Mers postoperator: Cea mai mare parte din insule s'au prins. La data de 29 Ian. 1942 mai persistă neepitelizată doar o insulă de 4 cmp. În acest caz s'au câștigat cel puțin 150 zile de tratament, evitându-se în același timp și o cicatrice retractilă care putea să ducă la o redoare a articulației genunchiului.

Obs. 8. - Frunțuș T. R. S. Gh., 23 ani, (Nr. 130/1941), rănit la 25 Aug. 1941 la Odesa, prin schijă, pe fața anterioară a gabei drepte, în treimea mijlocie. Evacuat și tratat la postul de prim ajutor, Amb. Divizionară, Spit. Tiraspol, Spit. Râmnicul-Vâlcea, Spit. Bocșa, Dispensarul Crucii Roșii Oravița. Evacuat la spitalul nostru pe data de 15 Dec. 1941, prezintă o plagă de 8/1 cm, cu un aspect aton. Vindecarea prin tratament conservativ ar dura încă aproximativ 3 luni. Propunem plastie, ceea ce bolnavul acceptă.

16 Dec. 1941, operație (Dr. I. Danicico, Dr. H. Columb și Dr. E. Ghițuleasa): Sub anestezie locală se execută plastia Halsted-Davis, cu insule libere prelevate de pe fața anterioară a coapsei drepte. Se excizează și se suturează locul de prelevare. Se pansează ambele plăgi cu alifie cu untură de pește.

Mers postoperator: La data de 20 Ian. 1941 este vindecat. S'au câștigat cel puțin 54 zile de tratament.

Obs. 9. - Soldat S. N., 29 ani, (Nr. 127/1941), rănit la 1 Sept. 1941 la Odesa prin schijă. Plagă prin schijă în regiunea anterioară, treimea mijlocie a gabei stângi. Tratat și evacuat la Amb. Divizionară, Spit. Krasnik, Spit. Tighina, Spit. Tiraspol, Spit. Chișinău, Spit. Ploiești, Spit. Bocșa, Dispensarul Crucii Roșii Oravița. Evacuat la spitalul nostru pe data de 15 Dec. 1941, prezintă o plagă atonă, pe o întindere de 7/1 cm, care ar mai necesita încă cel puțin 2 luni până la vindecarea prin tratament conservativ. De aceea se decide plastia Halsted-Davis.

16 Dec. 1941, operație (Dr. I. Danicico, Dr. H. Columb și Dr. E. Ghițuleasa): Sub anestezie locală se execută plastia Halsted-Davis, cu insule libere prelevate de pe fața anterioară a coapsei stângi. Se excizează și se suturează locul de prelevare. Se pansează plăgile cu alifie cu untură de pește.

Mers postoperator: Vindecat la data de 10 Ian. 1942. S'au câștigat aproximativ 35 zile de tratament.

Obs. 10. - Soldat A. C., 22 ani, (Nr. 122/1941), rănit la 28 Sept. 1941 la Odesa, prin schijă, pe fața externă și posterioară a coapsei stângi, în treimea mijlocie. Tratat conservativ la postul de prim ajutor, Spit. Grădinița, Spit. Tiraspol, Spit. Sf. Spiridon Iași, Spit. Călimănești, Spit. Râmnicul-Vâlcea, Spit. Bocșa, Dispensarul Crucii Roșii Oravița. Evacuat în spitalul nostru pe data de

15 Dec. 1941, prezintă o plagă întinsă de 15/8 cm, acoperită de muguri granulari. Neîntinz șanse de vindecare prin tratament conservativ nici în 5 luni, se decide plastia.

16 Dec. 1941, operație (Dr. I. Danicico, Dr. H. Columb și Dr. E. Ghițuleasa): Sub anestezie rachidiană se execută plastie Halsted-Davis, cu insule libere prelevate din regiunea fesieră stângă. Se excizează și se suturează locul de prelevare. Se pansează plăgile cu alifie cu untură de pește.

Mers postoperator: La data de 27 Ian. 1942, plaga complet cicatrizată. În acest caz s'au câștigat cel puțin 120 zile de tratament.

Obs. 11. - Soldat G. I., 34 ani, (Nr. 40/1941), rănit la 22 Aug. 1941 la Odesa, prin glonț dum-dum, prezentând o plagă în seton a gabei stângi, interesând părțile moi pe fața externă în treimea mijlocie, pe o întindere de 8/3 cm. Evacuat și tratat la postul de prim ajutor batalionar, regimentar, Amb. Div. 13, Spit. Camp. Nr. 10, unde este tratat efectiv, Spit. Camp. Nr. 9, Spit. Tighina, Spit. Mil. Iași, Spit. Ploiești. Evacuat în spitalul nostru pe ziua de 5 Oct. 1941, prezintă o plagă atonă a gabei stângi pe o întindere de 8/3 cm. Evoluția lentă, plaga atonă, ar necesita până la cicatrizare tratament conservativ de cel puțin 4 luni. Numai după multe insistențe bolnavul acceptă plastia.

15 Dec. 1941, operație (Dr. I. Danicico, Dr. H. Columb și Dr. E. Ghițuleasa): Sub anestezie locală se execută plastia Halsted-Davis cu insule libere prelevate de pe fața anterioară a coapsei drepte. Se excizează și se suturează locul de prelevare. Se pansează ambele plăgi cu untură de pește 50°.

Mers postoperator: La data de 29 Dec. 1941, vindecat. În acest caz s'au câștigat aproximativ 105 zile de tratament.

Obs. 12. - Caporal R. M., 33 ani, (Nr. 145/1941), rănit la 23 Sept. 1941 la Odesa, prin schijă de grenadă. Pansat la postul de prim ajutor, evacuat la Amb. Divizionară, unde a fost tratat efectiv. Evacuat la Spit. 15, Spit. Tiraspol, Spit. Tighina, Spit. Galați, Spit. Călimănești, Spit. Râmnicul-Vâlcea, Spit. Reșița, unde i s'a făcut plastie Ollier-Tiersch. Întră în spitalul nostru la 20 Dec. 1941, prezentând pe fața externă a coapsei drepte, la jumătatea ei, o plagă atonă de 15/7 cm, acoperită de muguri granulari și secreție. În partea inferioară a plăgii, un traect fistulos ce merge în părțile moi profunde, din care se scurge o secreție purulentă. În mijlocul plăgii, o mică insulă epidermică, rămasă din operația executată la Reșița. Radiografia coapsei drepte: pe fața externă a coapsei, în părțile moi, o mulțime de schije ce merg până în apropierea osului. Explorând cu sonda plaga sub ecran, se ajunge la o schijă de mărimea unei boabe de fasole, pe care o și extragem din masa musculară prin traectul fistulos. Dela 24 Dec. 1941 până la 21 Ian. 1942 se tratează plaga cu pansamente cu alifie cu untură de pește, făcute tot la 2 zile. Secreția diminuează treptat; plaga are o întindere de 10/6 cm; insula centrală epidermică a evoluat epitelizând plaga excentric pe o întindere de 2/3 cm. Dar până la vindecare completă ar mai necesita pansamente timp de cel puțin 2 luni. Decidem plastia.

22 Ian. 1942, operație (Dr. I. Danicico, Dr. H. Columb și Dr. E. Ghițuleasa): Sub narcoză cu Evipan se face plastie Halsted-Davis cu insule libere din regiunea fesieră de aceeași parte, implantate în godeuri create pe regiunea atonă, după procedeul Alglave. Se excizează și se suturează locul de prelevare al insulelor. Se pansează plăgile cu alifie cu untură de pește.

Mers postoperator: La 5 Febr. 1942 locul plastiei e complet epitelizat.

În rezumat, am aplicat grefe dermoepidermice în 12 cazuri de răniți de război cu plăgi mai mult sau mai puțin atone și mai mult sau mai puțin întinse. Acestea constituie un procent de 7,5% pe 159 răniți de război

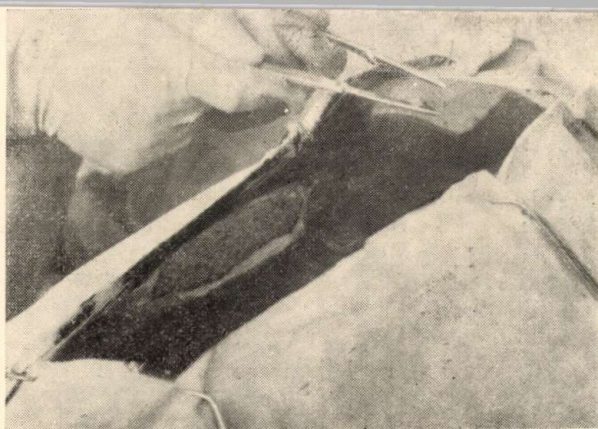


FIG. 1. — Modul de prelevare a grefelor dermoepidermice Halsted-Davis: cu ajutorul unui ac montat pe un portac sau pensă Pean, ridicăm un con din tegumente, iar cu bisturiul ținut orizontal sectionăm acest con la baza lui departe de acul care-l ridică.

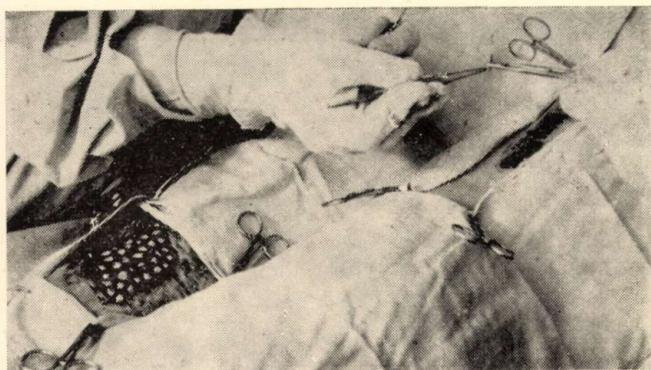


FIG. 2. — Modul de transplantare a grefelor dermo-epidermice [Halsted-Davis: Pastila dermo-epidermică obținută în figura 1, este preluxată de ajutor, cu ajutorul unei pense anatomice și plasată pe zona de acoperit, în așa fel, ca între diferitele grefe să rămână un mic spațiu linear; plaga astfel acoperită primește un aspect de mozaic. Pentru ca locul de prelevare să rămână cât se poate de aseptice, manoperele de predare și preluare a insulelor se va face cu cea mai mare atenție, și în acest scop se va evita atingerea pinsetei ajutorului, cu acul operatorului. Căci numai prezervând locul de prelevare de cea mai mică infecție, acesta poate fi tratat chirurgical, prin imediată sutură așa cum vor explica-o și figurile 3-4. Și tot în vederea acestui din urmă scop este absolută nevoie ca la această operație operatorul să fie asistat.

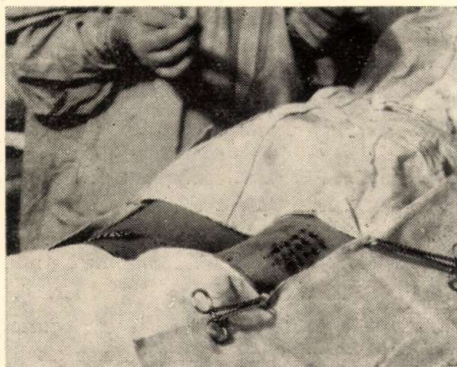


FIG. 3. — Una din modalitățile de terminarea operației: când insulele dermo-epidermice s'au prelevat la câțiva milimetri una de alta, locul de prelevare poate fi lăsat să se cicatrizeze per se, identic cu suprafața transplantată. Și anume, sau se tratează cu pansament cu alitite de pește, ceea ce dă rezultat destul de bun, sau se tratează la aer liber după ce se izolează, ambele plăgi, cu coșulețe de sârmă acoperite cu tifon steril; această din urmă modalitate e preferabilă.

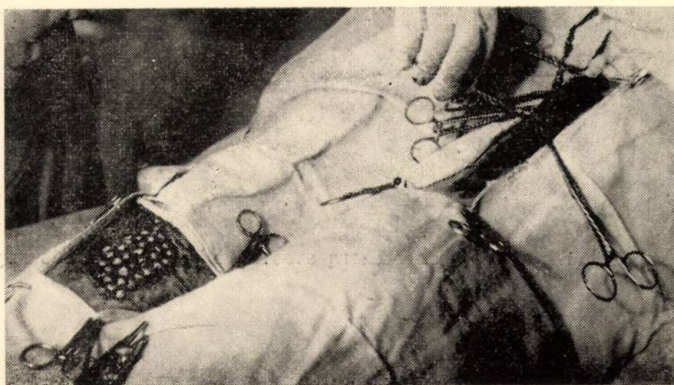


FIG. 4.

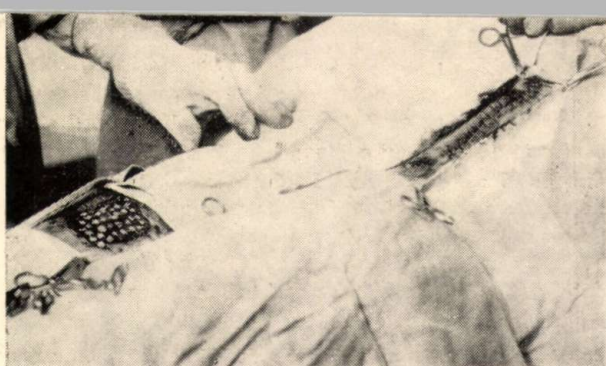


FIG. 4 și 5. — A doua modalitate de a termina operația de grefe dermo-epidermice: Când insulele s'au prelevat fără a lăsa spații libere, linear, pe două rânduri de exemplu, atunci porțiunea de tegumente din care s'au prelevat insulele se excizează până la hipoderm; se face hemostaza obligatorie, iar plaga se suturează ca orice plagă lineară. Acest mod de a termina e preferabil fiindcă locul de prelevare se vindecă, mai repede, în 7 zile în împrejurări normale.

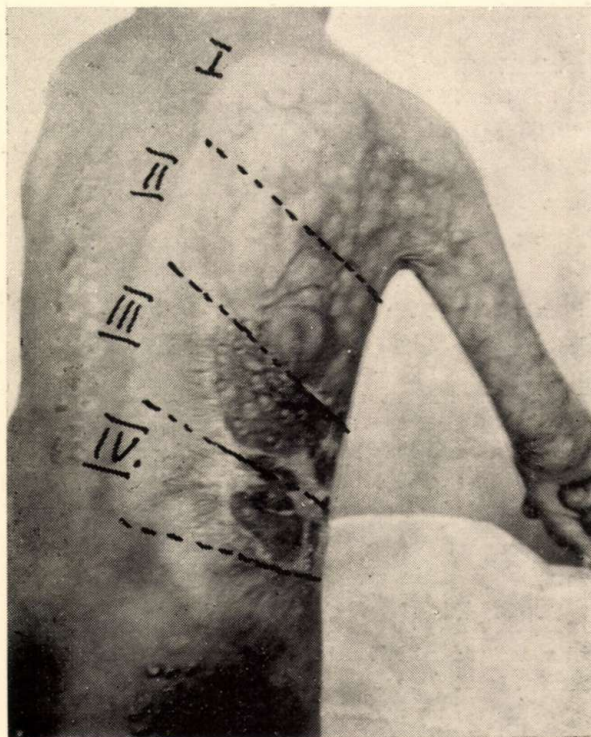


FIG. 6. — Obs. 30. R. Gr. I. Plastia dela 9 Iulie 1941 interesând fața internă și posterioară a brațului, axila și $\frac{1}{2}$ sup. a regiunii omoplatului cu insule prelevate de pe fața posterioară și externă a coapsei dr.; II. Plastia dela 7 Aug. 1941 interesând $\frac{1}{2}$ inferioară a regiunii omoplatului și regiunea sub-axilară cu insule prelevate tot de pe coapsa dr.; III. Plastia dela 22 Oct. 1941 interesând fosa lombară și flancul cu insule prelevate de pe fosa dreaptă și din regiunea paravertebrală stângă; IV. Plastia dela 2 Dec. 1941 interesând $\frac{1}{2}$ inf. a flancului dr. cu insule prelevate dela mamă. În acest caz plăgile de prelevare s'au lăsat să se vindece prin epitelizare secundară.



FIG. 7. — Observația învățătorului cu hemangiom al unghiului intern al orbitei, la care s'a făcut plastie liberă după tehnica Dufourmental. Locul plastiei abia se vede.

tratați în serviciul nostru. Poate procentul de 7,5% pare prea mare față de alte spitale. Trebuie însă să avem în vedere că noi am primit bolnavii după ce au trecut prin mai multe spitale, deci pe la sfârșitul evoluției plăgii lor, când puterea de cicatrizare era complet epuizată.

Cu modul nostru de a proceda, noi am obținut un câștig în timp care variază de la 30 până 340 zile de tratament, deci în medie s'au câștigat 90 zile de tratament, ceea ce atât pentru instituție, cât și pentru armată, constituie un câștig însemnat.

* * *

Nu putem încheia această comunicare fără să expunem, foarte pe scurt de altfel, și experiența noastră în materie de grefe dermoepidermice și în practica civilă.

În practica civilă noi am aplicat grefe dermoepidermice în 19 cazuri și anume:

Am tratat astfel 4 cazuri de plăgi atone postoperatorii (prelevare de lambou cutanat, amputația de mamelă, bont al label pectorului). Plastia Halsted-Davis în aceste cazuri a scurtat timpul de cicatrizare, în medie cu cel puțin 3 luni de fiecare caz.

Am mai tratat 6 cazuri de plăgi atone post-traumatice ale extremităților (plăgi post-traumatice întinse ale coapselor de 2 ori, sclap întins al extremității superioare 1 caz, plagă post-traumatică a antebrăului 1 caz și sclap prin mușcătură de cal în 2 cazuri). Plastia Halsted-Davis a scurtat timpul de cicatrizare, în medie cu cel puțin 4 luni de fiecare caz.

În 3 cazuri plaga atonă se datora unor incizii pentru flegmoane (flegmon al regiunii poplitee, al cefei, al plantei). Plastia Halsted-Davis a reușit în două din aceste cazuri, iar în al treilea caz (plagă atonă a cefei) am înregistrat eșec; cu mare probabilitate în acest caz e vorba și de un lues latent.

Am aplicat plastia Halsted-Davis și într'un caz de ulcer cronic dezvoltat de o cicatrice a label pectorului amputația parțial încă în anul 1914. După o preparare cu Colublazol am obținut desinfecția fondului și plastia Halsted-Davis ne-a dat completă satisfacție.

Am mai aplicat plastia Halsted-Davis și în 2 cazuri de ulcer cronic varicos elefantiazic al extremităților inferioare. În ambele cazuri, în prealabil, în afară de tratament local desinfectant cu alifie cu untură de pește și fleboscleroză, am mai făcut și tratament antiluetic, înainte de a proceda la plastică. Rezultatul, deși nu perfect, a fost mulțumitor. În unul din cazuri am mai completat acest tratament și cu injecții de novocalină perifleurală, așa cum preconizează și Dr. Cureleanu. Aceste injecții au avut efect bun atât asupra edemului elefantiazic, cât și asupra nutriției insulelor. Pentru viitor suntem hotărâți, că urmând pe Leriche și Froelich, să facem aceste injecții de novocalină și intra-arterială.

Într'un caz, cu mal perforant al plantei, deși am făcut tratament antiluetic, urmat apoi de simpatectomia primului ganglion lombar după Leriche, plastia a rămas absolut inoperantă.

Un rezultat excelent am obținut într'un caz de ulcer cronic post-flebitic al gâmbel, cu denudarea peroneului, datând de 2 ani. După un tratament desinfectant de o lună, cu Colublazol și untură de pește, reușim să determinăm eliminarea fondului slăbinos și apariția de muguri sănătoși. În aceste momente aplicăm insule Halsted-Davis. După 2 luni, bolnava vindecată părăsește serviciul.

Dar cel mai frumos caz care denotă eficacitatea metodei Halsted-Davis, e un copil cu plagă întinsă a hemitoracelui drept și a brațului, după combustie, reprezentat în fig. Nr. 6. Redăm aci observația acestui caz în întregime:

Obs. 30. - R. Gr., 6 ani, (Nr. 979/1941). În luna Mai 1941 copilul jucându-se pe lângă foc, i se aprinde cămașa. În acest accident a suferit arsuri de gradul II și III, pe fața latero-externă a hemitoracelui drept și pe perelele abdominale până la linia crestei iliace, axilă, fața internă anterioară și posterioară a brațului și regiunea scapulară a toracelui. După 24 ore de la accident copilul este transportat la spitalul din Moldova-Nouă, unde este supus unui tratament apropiat. După un tratament conservativ de 8 săptămâni, se decide plastică.

9 Iulie 1941, operație (Dr. M. Copăceanu). Sub anestezie cu Evipan, se face prima plastică cu insule Halsted-Davis a regiunii axilare și brațului, ca cele mai periculoase pentru soarta bolnavului. După alte 30 de zile, constatându-se că insulele s'au prins, se decide pentru a doua intervenție.

7 Aug. 1941, operația II-a (Dr. M. Copăceanu). Tot sub anestezie cu Evipan, se completează plastia întregii regiuni toracale, după tehnica Halsted-Davis.

Operatorul fiind între timp concentrat, copilul pe data de 15 Oct. 1941 este transpus la Spitalul din Oravița. Indemnați de rezultatul frumos obținut în primele două ședințe, decidem continuarea lor.

22 Oct. 1941, operație (Dr. I. Danicico). Sub anestezie cu Evipan, executăm plastia Halsted-Davis pe flanc și regiunea lombară; suprafața fiind însă mare, se aplică insule la distanță de 1½-2 cm; insulele se recoltează de pe fața opusă a hemitoracelui și de pe fesa dreaptă.

Obținând și de această dată un rezultat excelent, ne decidem și pentru a patra ședință. Dar cum ne-am epuizat regiunile comode de prelevare, recurgem la homoplastie. Cum mama la proba directă s'a dovedit de a fi de un grup compatibil, ne decidem să împrumutăm insule de la mamă.

12 Dec. 1941, operație (Dr. I. Danicico și Dr. H. Columb). Sub anestezie locală, prelevăm insule Halsted-Davis de la mamă, fața externă a coapsei drepte și împănăm toată regiunea rămasă neacoperită. La mamă excizăm locul de prelevare și apoi suturăm.

Rezultatul acestor operațiuni poate fi apreciat în fotografia alăturată (Fig. Nr. 6), făcută la data de 26 Ian. 1942, când întreagă regiunea combustionată se află complet epitelizată.

Efectul plasticilor se putea aprecia și după modificarea produsă în starea generală: până când înainte de plastică copilul era aproape cașectic, cu fiecare operație starea generală a copilului se remonta văzând cu ochii.

Dar presupunând că copilul ar fi rezistat și fără plastică, rezultatul local era cu totul altul, mai ales că este vorba de axilă,

regiunea în care știm ce produc cicatricile retractile după combustie. Or, prima plastie tocmai acest ajuns l-a evitat. Tocmai de aceasta felițăm pe colaboratorul nostru, pe Doctorul Copăceanu, de a fi preferat să facă plastie în primul rând în regiunea axilară.

Mal numărăm la serviciul nostru și două cazuri de grefe cutanate totale (*Krause, Wolf*). Într'un caz, un învățător, cu hemangiom al feței, după ce am extirpat tumoreta cu un diametru de $\frac{1}{2}$ cm, am aplicat o grefă cutanată totală de aceeași mărime prelevată de pe regiunea mastoidiană, după tehnica *Dufourmentel*, cu rezultat foarte bun (*Fig. Nr. 7*). După vindecare pacientul nostru a luat parte și la luptele din Crimeea, unde a fost rănit la mână și internat din nou în spitalul nostru, l-am făcut reamputația mânel. În al doilea caz, plastia s'a făcut pentru un canceroid al feței. Și acest caz s'a vindecat; dar alături s'a produs o recidivă.

Concluziuni

1. Grefele dermoepidermice după procedeul *Halsted-Davis* constituie o metodă de plastie care convine în special plăgilor atone de război. Simplitatea tehnice de aplicare, le face preferabile grefelor epidermice a lui *Reverdin*, ca și grefelor dermoepidermice *Ollier-Tiersch*; cu excepția feței, ele sunt preferabile și grefelor cutanate totale.

2. Noi am aplicat plastii cu grefe dermoepidermice *Halsted-Davis* pe 12 cazuri de răni de război și 19 cazuri de răni sau ulcerări în întâlnite în practica civilă. Câștigul în timp în vindecarea plăgilor atinge uneori și 6 luni, iar vindecarea plăgilor de combustie și a ulcerărilor cronice atinge chiar ani de tratament. Dar câștigul e mare și sub raport anatomic — se

obține o cicatrizare rezistentă și durabilă —, ca și funcțional, evitându-se cicatricile retractile cu poziții vicioase consecutive lor.

3. Credem că grefele dermoepidermice după procedeul *Halsted-Davis* ar trebui să intre în practica curentă a chirurgiei de război.

Bibliografie

Alglave, Talbot et Mourgue-Molines: Au sujet de la greffe dermo-epidermique en godets. Mém. de l'Académie de Chirurgie, 1938, Nr. 24, p. 1057-1064. — *Titu Cureleanu et I. Florian*: Un nouveau procédé pour guérir des ulcères variqueux des jambes. Revista de Chirurgie, Nr. 5-6, 1939, p. 376-384. — *I. Dufourmentel*: Auto-Greffes libres: Chirurgie Réparatrice et correctrice, pag. 37-47, Paris 1939. — *E. Forgue*: Précis de Pathologie externe, vol. I, pag. 309-319, Paris 1939. — *J. de Gtirargter*: Greffe de *Halsted-Davis*, Lyon Médical, 31 juillet 1939. — *Hans Hellner*: Allgemeine Lehre von den plastischen Operationen der Haut. Die Chirurgie, Kirschner-Nordmann, Bd. II., pag. 389-396. — *Krause*, citat după *Hellner*. — *R. Leriche*: Greffes cutanées Thérapeutique chirurgicale par *Lecène et Leriche*. Vol. I, pag. 105-109, Masson 1926. — *R. Leriche, Fontain et Mattre*: Résultats éloignés du traitement des ulcères de jambe par les opérations sympatiques combinées aux greffes cutanées, d'après 52 observations. Journal de Chirurgie, 1935, pag. 687-710. — *R. Leriche et Fritz Froelich*: Stérilisation de deux ulcères de jambe invétérés par injections intra-artérielles de novocaïne. Mémoires de l'Académie de Chirurgie, 1935, Nr. 17, pag. 750-753. — *Victor Pauchet*: La Pratique Chirurgicale illustrée. Fasc. VIII. Paris 1927. — *Wolf*, citat după *Pauchet*. — *Wittmoser R. Freie*: Überpflanzung von Hautläpchen (*Reverdin*) bei schweren Handverletzungen. Z. f. Chir., Nr., 46 1942, S. 1830. — *A. Zottl P.*: Behandlung einer Skalpierung mit *Reverdin'schen* Hautläpchen. Z. f. Chir. Nr. 46 1942, S. 1829.

SPITALUL DE STAT DIN ORAȘA — SERV. DE CHIRURGIE
Medic primar: Dr. I. Danicico.

Probleme terapeutice

Despre oprirea emoptiziilor tuberculoase

de

D-na Dr. Munteanu Garda Fl.

Medic Secundar

Emoptizia la diversele maladii ale pulmonului este întotdeauna un simptom alarmant, care turbură suferințele nu numai pe bolnav și pe cei din anturajul său, ci adeseori amenință hotărât viața bolnavului. Este unul din cele mai periculoase și emoționante momente pentru bolnav, pentru cei din jurul său și chiar pentru medic.

Emoragia este de sigur cea mai frecventă complicație a tuberculozei pulmonare, ea survine însă și în bronșitele fibroplastice, bronșectazii, abcese, tumori, infarcte, etc. și este cele mai deseori fulminantă și amenințătoare.

Noi distingem emoragie prin rhexin și aceea prin diapedeză. În timp ce prima este legată întotdeauna cu soluția de continuitate a unui vas, la cea de a doua permeabilitatea vaselor este sporită.

Fără de a putea da aci, mai detaliat, o etiologie a diferitelor momente care stau la baza unei emoragii pulmonare, voesc să mă ocup acum mai de aproape numai cu terapia ei în general și cu procedeele uzuale la noi.

Se știe că la o terapie cauzală se cere înlăturarea motivelor, în cazurile noastre deci în primul rând ne ocupăm de tuberculoză, apoi de abcese, tumori, etc.

Însă cum aci este adeseaori foarte greu și din nefericire nu se pot înlătura deloc cauzele, suntem ținuti la tratamentul simptomatic, - cu atât mai mult cu cât aceasta este mai întâi posibil, mai târziu se poate introduce o terapie mai mult sau mai puțin cauzală sau să o conchidem, - la care de sigur nu am ajunge, dacă nu ar surveni mai întâiu simptomul greu al emoragiei.

Deși emoragiile pulmonare, mai cu seamă la tuberculoză, decurg rareori cu efecte letale, ele formează pentru acești bolnavi cele mai periculoase complicațiuni. La abcese, tumori, etc. o emoragie pulmonară poate să fie cauza imediată a morții, întrucât emoragia este foarte adesea arterială. Deci persistă aci alfa și omega a oricărei terapii de emoragie pulmonară și să se aducă pecăt de repede și definitiv posibil locul erodiat la un mijloc de închidere sigur.

Ce măsuri terapeutice ne stau la dispoziție? - chimice, botanice, biologice, hormonale, fizicale, etc. și adesea chiar psihice sunt întrebuințate - adeseaori simultan - pentru a fi stăpâni pe o emoragie pulmonară.

La grupa chimico-stiptice aparține: calciul, clorura de sodiu și diverse substanțe colorante, ca roșul de Congo, etc.

La grupa plantelor sunt: secara cornută, hidrastis, hamamelis și eventual chiar gelatina.

Hormonal acționează adrenalina și derivatele ei, preparatele de hipofiză.

La sipticele biologice se numără, mai ales astăzi, cele 3 Vitamine A.P.K. (acid ascorbic, săruri de citrinaphto.chinon);

Fermenți direct ca atari, nu au fost întrebuințați încă în practică, cu toate că valoarea lor pare netăgăduită. Amintesc în această împrejurare trombokinaza. În mod biologic activează și serul de cal.

Auto-hemo și în deosebi transfuzia de sânge, la care se va recurge numai în cazurile cele mai grave, întrucât la orice T.B.C. trebuie să se înlătore adăogarea de corpuri proteinice streine.

În această grupă aparține și preparatul organic Clauden, care constituie o tranziție între terapia cu fermenți și cea organică, căci nu atinge numai o parte din mecanismul emostatic și se poate considera ca un sistem de emostază care provoacă puterea de coagulare.

Pe cale fizică acționează pneumothorax, pneumoperitoneu și nu tocmai la urmă buna și bătrâna pungă cu gheață.

Cu toate că digitala și camphora nu pot fi considerate ca stiptice, sunt totuși atrase ca emostatice la congestia cardiacă. Bacmeister întrebuințează încă alături de acestea și venesecția.

În această scurtă lucrare voesc să mă ocup de metodele obișnuite în spitalul nostru pentru oprirea emoragiilor pulmonare deoarece prin însăși denumirea spitatului reese că avem de a face în prima linie cu emoragii de natură tuberculoasă.

Mai întâiu liniștim bolnavul din punctul de vedere psihic, apoi se fac noi cercetări preliminare, schimbarea patului sau orice altă incomodare a corpului. Întru cât până în spital ne este cunoscută starea pulmonară a bolnavilor noștri, afară de cazurile proaspete sosite, se pune numai decât o pungă cu gheață pe partea bolnavă ceea ce este plăcut resimțită de bolnavi. I se interzice bolnavului să vorbească și i se atrage atențiunea prin aceasta ca să evite pe cât posibil tusea violentă.

Renunțăm din principiu la morfină și codeină, etc., întru cât prin injecții de calciu ca emostatic, cu toate repetatele injecții, rar obținem o definitivă emostază și în afară de aceasta, prin accese de tuse neprevăzute subsistă întotdeauna pericolul unei injecții paravenoase, injectăm numai decât Clauden intravenos în doză de 10-30 ccm după starea cazului, respectiv după intensitatea emoragiei, deși produsul este cam scump, însă prin întrebuințarea minimală, este totuși mai economicos.

La emoragii mai frecvente, însă mai mici, preferăm injecțiile intra-musculare și ocazional chiar medicațiunea orală, întru cât constituie un efect de depozit pe cât posibil de îndelungat. La bolnavii care din experiență, au predispoziții la emoragii, injectăm și Vitamina C. pentru a îngroșa permeabilitatea vasculară, respectiv pentru a astâmpăra predispoziția la emoragie, - de o diateză emoragică putem vorbi numai în rarele cazuri excepționale.

Principal, după oprirea emoragiei, mai administrăm câteva zile Clauden sub orice formă, pentru a evita cu siguranță orice revărsări.

Deși pulmonul este cel mai bogat organ în trombokinaze, este totuși uimitor că mulți tuberculoși au o predispoziție la emoragie. O hipoavitaminoză A. respectiv (C.P.K.) este după Hasselbach numai foarte rar cauza unei emoragii, totuși acest autor și mai târziu Daniello și Jepure au descris favorabile rezultate cu Vitamina C. în timp ce Schelder, Cobet, Schröder și alții s'au pronunțat nefavorabil.

Despre Vitamina P. (citrin) raportează Franke, că nu are vreo influență nici asupra sistemului capilar, nici asupra timpului de coagulare. Scoz se referă că ar fi găsit o hipoavitaminoză K. cu turburări de rezorbție a intestinului și mai cu seamă la vătămări ale ficatului la ftizii grave. Numai în aceste cazuri poate să influențeze hipotrombinemia existentă prin adăogirea de vitamina K. și prin aceasta să influențeze emoragia.

Bacmeister administrează la emoragii pulmonare, în afară de Calciu (desigur ca sedativ) în deosebi de bucuros Clauden. În timpul din urmă el pune multă valoare pe venesecție, iar la predispoziții la emoragii prin turburarea, respectiv supra încărcarea circulației mici, care survine la toate maladiile cu inflamații cronice ale mucoasei și indurații ale pulmonului, în deosebi la procesele inflamatorii progresive și distructive, el administrează Digitala și Camfora.

În opoziție cu aceasta, Starlinger consideră cardiacele care măresc tensiunea, ca fiind direct contra indicate. Schröder accentuează valoarea calciului ca medicament liniștitor, ~ la formele pur inflamatorii cu o supra iritabilitate a sistemului nervos vegetativ Gissel și Schmidt pun mare valoare pe doze ridicate a diverselor stiptice și cer injecțiile intravenoase ale acestora.

Stupnitzky laudă efectul prompt de 20 ccm Clauden intravenos. Gelatina introdusă de către Dartre și Florescu se întrebuințează din ce în ce mai rar astăzi, întru cât este nesigură și în afară de aceasta este dureroasă. Siliartau și Vaina injectează ca și Papp, Păunescu și alții Clauden intra-tracheal și descriu foarte prompte rezultate.

Preparatul organic preferat de noi a fost Clauden, introdus în comerț încă din 1916 ca un sistem de favorizare a coagulării și ca un reducător al emoragiei extravasale prin formarea factorilor trombine, pentru prima oară și de atunci îmbunătățit în mod tehnic și fabricat de Luitpold-Werk. Clauden nu acționează numai asupra unei faze sau a unei părți din coagularea sanguină și a emostazei, ci asupra întregului complex al emoragiei.

Contrariu adrenalinei și a derivaților ei, Clauden nu activează vasoconstrictiv, ci provocând coagularea, îngroșând pereții vaselor și ceea ce ar trebui să fie puțin cunoscut este și ușor hipotensiv. Unul din cei mai principali factori în Clauden, pare să fie trombo-kinazele. Însă nici odată Clauden nu poate forma un trombus, întru cât sucurile tisulare necesare nu se găsesc decât în afară vaselor. Eisenstein a găsit în cercetări comparative, că Clauden este provocator al coagulării și activează la înfrânarea emoragiei și anume scurtează timpul normal cu mai mult de jumătate. În cazurile patologice reduce timpul prelungit la valoarea normală. El recomandă Clauden pentru că activează durând mai mult timp, în deosebi la terapia diatezelor emoragice.

Totuși nu am avut nevoie să administrăm intravenos mai mult de 30 ccm Clauden pro dozi, publicațiile lui Cioran și Iubaș sunt demne de remarcat: cel dintâiu a dat la o emoragie 90 și 80 ccm pe zi, cel de al doilea la primul ajutor la sarcine extra uterine a dat chiar 100 și 120 ccm intravenos în 24 ore,

în 2-3 porțiuni, fără să fi observat cel mai mic semn de intoleranță ca șoc, frisoane, etc.

În practica zilnică la spitalul nostru deosebim 3 grupe de emoragii pur clinice și practice, după Daniello și Jepure:

1. Emoragie gravă cu 100 ccm. și mai mult sânge expectorat.

2. Emoragie mijlocie, cu deosebire la bolnavi predispuși la emoragii și recidive emoragice.

3. Mici emoragii, respectiv sputa sanguinolentă.

Pentru o mai bună demonstrare voesc să descriu aci pe scurt câte un caz din bogatul nostru lot de bolnavi.

1. N. D. Emoragie pulmonară masivă. Am administrat numai decât 10 ccm Clauden intravenos și 20 ccm intramuscular. În cursul primei ore după injecție bolnavul a avut încă 2-3 spute sanguinolente. După o oră nu s'a mai repetat nicio emoragie. La a 2-a și a 3-a zi după aceea bolnavul a primit de două ori pe zi Clauden și anume câte 10 ccm intramuscular și intravenos. În timpul acestor 2 zile sputa a avut culoare ruginie, la a treia zi sputa muco-seroasă. Primește încă 10 ccm Clauden intramuscular. Bolnavul părăsește patul. Nu a mai primit Clauden. În tot timpul cât bolnavul a mai stat în spital, nu s'a mai repetat emoragia.

2. L. E. emoragie mai puțin gravă, însă mai frecventă. Bolnavul a primit calciu chlorat intravenos. După 2 zile a încetat emoragia, însă s'a repetat a treia zi. A primit consecvent timp de 20 de zile Calciu. În acest timp a avut bolnavul repetate mici emoragii la intervale de 2-3 zile. În a 21-a zi îi dăm câte 10 ccm Clauden intravenos și intramuscular. Emoptizia nu s'a mai repetat. În ziua următoare, ca măsură de siguranță, dăm încă 10 ccm intramuscular. În tot acest timp bolnavul nu a putut fi complet imobilizat.

3. O. C. Emoptizie masivă ce se repetă deseori. Nu am avut la îndemână Clauden și bolnavul nu și-l putea cumpăra. Este tratat cu calciu chlorat 10%, intravenos și chlorură de sodiu oral. Emoragia a durat toată noaptea și în ziua următoare starea bolnavului e foarte rea, a pierdut foarte mult sânge. Se face tot posibilul și îi procurăm în cele din urmă Clauden. În seara celei de a 2-a zi am administrat 20 ccm Clauden intravenos și intramuscular. În timpul nopții a mai avut câteva mici expectorații care conțineau sânge. În ziua a 3-a până la a 5-a zi la o spută de culoare ruginie, bolnavul primește încă 10 ccm Clauden intravenos și intramuscular. În ziua a 6-a și a 7-a spută seroasă. I-am dat în aceste zile încă 10 ccm Clauden intramuscular. De la a 8-a zi nu i s'a mai administrat Clauden. Bolnavul părăsește patul și de atunci nu a mai apărut nicio emoragie.

Aceste trei cazuri a privit tuberculoza.

BRONCHOTIOFAN

SIROP

Ephedrin - Bromoform - Coff.
natr. benz. - Senega - Aconit

**Bolile căilor res-
piratorii**

(Bronșite, Chathar, Pneu-
monie, Influență gripală,
Trancheită, Laringită)

IPECODAL

TABLETE

Codein phosph. - Plv. Doweri
- Acid Acetylo Sal

**Bolile catarale ale
căilor respiratorii**

(Angină pectorală, Tuse,
Laringită)

SULFAZOL

TABLETE

0,20 Chlorhydrat de sulfa-
mido - Chrisoidină
0,10 p- Aminobenzen-Sulfa-
midă

Septicemii

Preventiv în infecțiunile puer-
perale, boli infecțioase



HYGEA S. A. R., Cluj
BUCUREȘTI

Splaiul Unirii, 127 — Telefon 4.22.44

4. D. M. 44 ani. Un abces pulmonar gangrenos, de mărimea unui cap de copil, după o rezecție stomacală. Emoragie de tărie mijlocie. A primit în prima săptămână zilnic 10 ccm Clauden, jumătate intravenos jumătate intramuscular. Plus calciu. Obstrucție. Iritație psihică și fizică. Masivă emoragie recidivantă dintr-o arteriolă. Într-o lună bolnavul de tot nedisciplinat, a avut emoragii recidivante de 3 ori. Nu există puroiu în spută. Înaintea emoragiei bolnavul era pe cale de vindecare și infiltratul abcesului pe cale de dispariție. Iradiație ultra scurtă nu s'a putut face la început din cauza predispoziției la emoragie. Bolnavul a primit alături de Vitamina C și natriu benzoic și un preparat de coloranți.

Din aceste scurte relatări asupra bolnavilor se vede influența promptă a produsului Clauden asupra emoragiei și asupra predispoziției la emoragie. Din multe medicamente încercate de noi, acest preparat s'a comportat cel mai bine, ceea ce este confirmat de curând și de către alți autori, astfel de ex.: Effenberger care în cursul drenajului de absorbție a lui Monald îl administrează și intrapulmonar. Siliartau și Vaina care la emoptizii grave injectează intratraheal, mai departe Podeanu, Păunescu, etc. și din partea chirurgilor pulmonari Röcrich, Cărpinișanu, etc.

Că Clauden dă tot atât de bune rezultate și în alte emoragii interne am putut să constat în clinica din Sibiu la emoragii stomacale, intestinale, renale, etc. Că noi la emoptizii, alături de medicația cu Clauden în toate cazurile anumite, facem uz și de pneumothorax, nu e nevoie să amintesc separat.

Medicul practician și medicul instituției are la îndemână în Clauden un medicament de întrebuințare fără pericol, ieftin și cu efect prompt contra tuturor emoragiilor, în deosebi chiar și acele pulmonare, pentru a combate aceste periculoase complicații simptomatice.

BIBLIOGRAFIE

- Bacmeister: Lehrbuh der Lungenkrankheiten, Verlag Thieme.
 Bacmeister: Med. Klin. 22/1938.
 Hauer: D. M. W. 22/1941.
 Cărpinișanu: Revue de chirurgie 1941/2.
 Cioran: Wr. M. W. 38/1938.
 Cobet: Med. Klinik. 22/1938.
 Daniello—Iepure: Clujul Medical 3/1937.
 Dastre—Florescu: Cit. nach. Papp.
 Effenberger...
 Eisenstein: Wr. M. W. 5/1934.
 Franke: Wr. Kl. W. 28/1941.
 Gissel-Schmidt: Die Lungentuberkulose, Verlag Thieme.
 Hasselbach: Zeitsch. f. Tbk. Bd. 75.
 Hasselbach: Beit. Kl. Tck. 96 H. B.
 Jubaș: Zbt. f. Gyn. 21/1938.
 Jubaș—Sajovici: Zbt. f. Gyn. 51/1936.
 Papp: Dissertation, Bukarest 1941.
 Păunescu—Podeanu: România Medicală V/1941.
 Röhrich: Zbt. f. Chir. 1/1939.
 Schedtler: Med. Klin. 22/1938.
 Schröder: Med. Klinik 22/1938.
 Scoz: Kl. W. 16 1942.
 Starlinger: Med. Klin. 22/1938.
 Stupnitzky: Cernăuți Medical 3/1938.
 Siliartau—Vaina: Beitr. Klin. Tbk. Bd. 92/1939.
 Unvericht: Kl. W. 31/1926.

DELA SPITALUL DE STAT PENTRU TUBERCULOZĂ TIMIȘOARA

Director Medic Primar: Dr. V. Iepure

Societăți medicale

SOCIETATEA MEDICALĂ A SPITALULUI MILITAR SIBIU

Ședința din 20 Noembrie 1942.

Prezidează: Prof. Dr. C. Urechia.

Prof. Dr. C. Urechia: Un caz de maladia lui Adisson.

D-l Prof. Urechia prezintă un caz de maladia lui Adisson pentru raritatea cu care se întâlnește acest sindrom. După ce arată formele clinice și turburările umorale, gastrointestinale și turburările de metabolism produse de acest sindrom, Domnia Sa insistă asupra etiologiei și patogeniei arătând participarea glandelor suprarenale în producerea sindromului, cât și modificările structurale ce le prezintă aceste glande în cazurile de Sindrom Adisson. D-l Prof. Urechia termină apoi arătând conduita terapeutică care se bazează pe fiziopatologia sindromului, arătând importanța ce o prezintă extractele de hormon cortical și regimul alimentar adecvat.

Med. Slt. Dr. St. Gârbea și Drd. V. Popovici: Infecțiune masivă supraacută la același bolnav: Pansinusită fistulizată dreaptă: abces al septului nasal și flegmon periamigdalial drept.

Îndată după refugiu, atât în armată, cât și la populația civilă am întâlnit o serie de infecțiuni grave supraacute ale sinu-

surilor feții, așa cum n'am întâlnit niciun caz, timp de zece ani, din 1930 de când începusem să tratez sinusurile feții la clinică și diferite ambulatorii.

De asemenea aici în Sibiu am întâlnit o serie de copii sub 10 ani cu sinusite supurate supraacute grave. Explicația este dată de mizeriile războiului care epuizează foarte mult rezistența organismului și poate chiar schimbările climatului ar fi de luat în seamă.

Un caz cu o infecție masivă în domeniul specialității noastre este cel de față: soldatul Cernat Constantin de 22 ani din comuna Homorăciu Județul Prahova, se prezintă la Spital cu o stare generală foarte alterată, accese de sufocație și temperatură foarte mare.

Ex. local: Tumefacția obrazului drept cu o roșată abcedată în regiunea suborbitară dreaptă. La faringoscopie apare un flegmon periamigdalial drept care prinsese vâlul palatului cu o respirație foarte dificilă.

La examenul foselor nasale apare un abces al septului care obstrua ambele fose nasale, cu suprimarea totală a respirației nasale. Pentru a-și recăpăta o respirație mai ușoară i se deschide

în primul rând flegmonul periamigdalian, apoi se drenează abcesul septului nasal, eliminându-se prin incizia mucoasei un puroi foarte fetid cu sechestre ale septului nasal. Radiografia sinusurilor arată o umbră totală a sinusurilor din dreapta. După 3 săptămâni de tratament bolnavul revine la normal, fără ca puncțiile în sinusul maxilar drept să se negativeze. De asemenea fistula sub-orbitală continuă să supureze, fapt care ne determină să recurgem la o cură radicală a sinusurilor din dreapta.

Med. Locot. rez. Dr. N. Bumbăcescu : Organizarea și funcționarea Secției Phtiziologice a Spitalului Militar Sibiu (apare în articol).

Med. Slt. rez. Dr. St. Gârbea și Med. Slt. Gh. Limpede : Un caz de meningită otogenă cu simptome clinice latente.

Înainte cu 4—5 ani când într'un serviciu de specialitate apărea un caz de meningită otogenă aceasta făcea o impresie deosebită pentru prognosticul aproape sigur infaust.

Din concentrările masive de trupe pe granița de apus dinainte de 1940 au rezultat o serie de cazuri cu meningită otogenă, care prin gravitatea lor deveniseră cea mai grea povară medicală în serviciul clinicii Oto-rino-laringologice din Cluj.

Sfârșitul tragic al acestor cazuri până la apariția sulfamidelor ne îngrija atât de mult, încât azi ori de câte ori apare în serviciu o meningită otogenă, care tratată rațional până la vindecare aduce o satisfacție profesională deosebită pentru cel care reușește să vindece astfel de cazuri.

Bolnavul de față: Diaconescu Alexandru în vârstă de 21 ani din comuna Drăgoești, jud. Gorj s'a prezentat în Serviciul Secției O. R. L. al Spitalului Militar Sibiu, la data de 26 Septembrie 1942 cu următoarele simptome: cefalee, ușoară fotobie, temperatură, somnolență și o astenie accentuată.

La examenul obiectiv: rigiditatea cefii nu prea accentuată, scurgeri purulente din urechea dreaptă cu durere la presiune pe mastoidă. Puncția lombară arată un lichid foarte tulbure cu reacțiile albuminice și examenul citologic intens pozitive. I se face în ziua următoare o craniectomie timpano-mastoidiană dreaptă. După un tratament intens cu sulfamide (12 tablete prontosil plus cinci tablete dagenan plus 2 inj. prontosil în 24 ore) și puncții lombare zilnice, temperatura bolnavului revine la normal în decurs de o săptămână. Lichidul cefalorachidian se clarifică însă continuă să iasă sub tensiune. Bolnavul continuă să fie foarte astenic mereu somnolent. I se face un examen ocular în care papilele optice și fundul de ochi au aspect normal. I se administrează intravenos 40—50 cc. ser glucozat 30% și după câteva injecții astenia, cefaleea, dispar, ca dovadă că bolnavul prezenta și o hidropizie meningeală. După 6 săptămâni de pansamente i se face o plastie auriculară care după cum se observă în starea actuală prin această sutură în T plaga retroauriculară e închisă complet.

Med. Slt. rez. Dr. C. Gheorghiu : Un caz de miosită osifiantă la nivelul musculaturii coapsei.

Sergentul Simionescu Alexandru, ctg. 1939 intrat în Spitalul nostru la 20 Octombrie 1942 cu o tumefacție accentuată la nivelul 1/3 super. a regiunii postero-interne coapsa dreaptă. Această tumefacție a apărut în urmă cu un an debutând cu fenomene acute: temperatură ridicată și dureri în întreg membrul inferior drept. După repaos mai prelungit aceste fenomene acute au început să cedeze, bolnavul rămânând doar cu tumefacția care a început a fi

din ce în ce mai puțin dureroasă. Uneori la noi eforturi durerele reîncepeau cedând din nou la repaos. După cum observați și Domniile Voastre, constatăm la examenul local o tumefacție de mărimea unei portocale ce prinde părțile moi, nealterate ale 1/3 superioare din regiunea postero-internă a coapsei drepte. Aspectul și colorațiunea tegumentelor, normală. La palpare superficială tumora aceasta nu este dureroasă și nici nu prezintă semne de fluctuație. Este însă dură și dă senzația cartilaginoasă. La palpare profundă tumora se poate mobiliza după planul osos profund femoral fiind însă de data aceasta sensibilă, durerea iradiind spre ambele regiuni lombare și în genunchiul respectiv.

Facem în profunziune pe întinderea ei, mai multe puncțiuni care rămân negative.

Inclinăm a crede că avem de a face cu o miosită osifiantă după evoluția și aspectul clinic al cazului. Ne completăm examenul nostru printr'o radiografie pe care o observați și Dvs. aci și care ne arată cam la 3 degete sub nivelul trochanterului o formațiune osoasă independentă de scheletul ischio-femural și localizată în părțile mai profunde ale coapsei. Formațiunea apare de mărimea unei nuci și prezintă disimnată sub ea alți câțiva noduli pe cale de osificare.

Domnilor,

În cadrul osificărilor musculare din punct de vedere clinic etio-patogenic, trebuie să distingem două mari categorii: 1. Miositele osifiante progresive cu tendința de generalizare (Polimiosita osifiantă maladia lui Dobrzaniecki) destul de rare și cu patogenie încă obscură și 2. Miosită osifiantă localizată (osteomul muscular) în care se încadrează și cazul nostru. Felul cum a debutat cazul nostru la început sub aspectul unei miosite acute pe care o punem în legătură cu faptul că bolnavul a suferit traumatisme mici dar repetate la nivelul aductorilor coapsei, fiind motociclist, vine să confirme factorul traumatic în etiologia atât de complexă a acestei afecțiuni.

Un caz de anevrism arterial al humeralei stânga la nivelul plicei cotului cu inclavarea nervului radial în punga anevrismolă (prezentarea piesei operatorii extirpate).

Al doilea caz al cărui piesă am onoarea a v'o prezenta este al Serg. Lungu Nicolae ctg. 1938, care este rănit în ziua de 20 Mai 1942 prin glonte în imediata vecinătate a plicei cotului stâng. Este evacuat pr'n mai multe formațiuni sanitare.

După rănire bolnavul observă la aproximativ 2—3 săptămâni apariția unei tumorete pulsatile localizată puțin deasupra și înăuntrul plicei cotului stând în imediata vecinătate a orificiului de ieșire.

La examenul local constatăm o colorațiune anormală a antebrațului stâng aceasta fiind cianotic. Această colorațiune se accentuează și mai mult când membrul este expus la frig. Concomitent cu aceste turburări bolnavul acuză paretezii de-a-lungul antebrațului.

La nivelul plicei cotului tumoreta de mărimea unei nuci, pulsatilă și cu toate semnele ascultatarice ale anevrismului arterial. La intervenție găsim un anevrism arterial al humeralei în punga căreia găsim și disecăm cu oarecare greutate nervul radial.

Facem arteriectomie după degajarea nervului și rezecăm în același timp venele satelite.

Revista cărților

Pierderi și suplîniri de sânge (Blutverlust und Blutersatz) de *Dr. med. Gerd Habelmann*. Un volum de 256 pagini cu 75 figuri în text. Editura Georges Thieme, Leipzig. 1942. Preț 13 95 RM. cartonat. De vânzare la librăria H. Welther, Sibiu, str. Regina Maria.

Problema pierderilor de sânge și a înlocuirii sângelui pierdut prezintă astăzi, în timp de războiu, o importanță considerabilă, de aceea lucrarea de față, care se ocupă cu aceste probleme merită o atențiune deosebită.

După o introducere, în care se insistă asupra importanței problemei se expun următoarele capitole: Se discută întâi problema transfuziei sangvine în general: modificările suferite de către sângele transfuzat, reacțiunile imediate și tardive produse după transfuzie, concepțiile generale asupra rolului sângelui străin în organismul transfuzat. Se expune apoi problema sângelui proaspăt și a sângelui conservat în transfuzie.

Autorul în cursul acestor cercetări a studiat modificările sangvine foarte detaliat. S'a determinat înaintea transfuziilor conținutul în hemoglobină al sângelui, numărul globulelor roșii, dimensiunile acestor globule, indexul colorimetric, numărul reticulocitelor, tabloul sangvin periferic, tabloul hematologic obținut prin puncție sternală, viteza de sedimentare a globulelor roșii, rezistența globulelor roșii.

Cu ajutorul acestor cercetări autorul expune fiziologia normală și patologică a măduvei oaselor, în special a eritropoeziei. Urmează apoi biologia pierderilor de sânge: modificările produse după sângerări acute la periferie și în măduva osoasă; modificările în anemiile din sângerările cronice, din anemiile tumorale.

Se expune apoi biologia înlocuirilor de sânge: Înlocuirile de sânge în anemiile acute cu sânge proaspăt, cu sânge conservat și cu ser sangvin fără globule roșii, împreună cu toate modificările ce se produc în astfel de împrejurări. Se discută apoi aceleași probleme în anemiile cronice, și în anemiile tumorale.

Problema sângelui proaspăt, a sângelui conservat și a serului sangvin este din nou reluată într'un capitol separat din toate punctele de vedere.

La sfârșitul lucrării se dă o cazuistică bogată din Clinica Chirurgică a III-a din Berlin, pentru ilustrarea celor discutate.

Această carte interesează de aproape pe toți medicii, din toate specialitățile, întru cât transfuzia de sânge are astăzi aplicațiuni întinse în toate disciplinele medicale.

Conf. Dr. I. Gavrilă

Patologia, clinica și tratamentul mastopatiilor (Pathologie, Klinik und Behandlung der Mastopathie) de *Prof. Dr. Konjetzny*. 71 fotografii și 2 tabele. 144 pagini. Enke Stuttgart 1942. Preț 18 RM.

În timpul ultimilor 25 de ani a apărut o vastă literatură internațională despre sindromul susamintit, care în Germania este cunoscut sub numele Mastopathie după propunerea lui Aschoff. Pe baza acestor publicații, care sunt citate în bibliografia studiului de față și pe baza observațiilor proprii, autorul ne oferă o monografie vastă a acestei boli, care prin raportul ei cu cancerul mamar are o deosebită importanță.

După introducerea generală cu statistica diferiților autori despre frecvența acestei boli la femei căsătorite și necăsătorite,

la diferite rase, la diferite vârste autorul descrie simptome premergătoare: ca turburări în menstruație, diferite boli ginecologice, dureri în glanda mamară, secreție patologică (sero-sanguinolentă, brună, sanguinolentă, purulentă), care este un simptom de alarmă și a cărei cauză trebuie constatată, bilateralitatea, palpație, retracție cicatricială a mamelei, tumefierea pachetului glandelor axilare, dureri, turburări nervoase, infecția secundară, mamografie radiografică după injecția lichidelor opacifiante, și biopsie după intervenția diagnostică: în cazuri preblematică examinarea histologică este mai importantă ca simptomele clinice. Este necesară nu numai excizia unei porțiuni limitate din țesutul presupus bolnav ci infiltrația suspectă trebuie extirpată în întregime și examinată histologic în secțiuni în serie.

În capitolul V. discută relațiunile între sindromul de Mastopatie și procesul de degenerare canceroasă.

Capitolul VI: Tratamentul mastopatiei: în general din motive funcționale și estetice, în stadiul inițial, la femei tinere se aplică cât posibil metode conservative, la bătrâne metode operatorii, la acestea boala fiind de obicei mult înaintată. Tratamentul conservator constă din: hiperemia prin stază cu aparatul Klopp, Fango, nomol, imobilizarea prin suspensor, fricțiuni cu alifie cu iod sau mercur, raze ultraviolete băi calde, diatermie, unde scurte, pyroterapie prin administrarea parenteral de substanțe proteice; tratamentul hormonal sigur va juca un rol mare în viitor, mastopatie din natura sa fiind o boală cauzată prin turburări hormonale și fiind în legătură cu ciclul menstrual și subordonată influenței diferitelor glande endocrine. Descrie rezultatele experimentelor pe animale și rezultatul tratamentului cu diferite preparate. Se recomandă precauție în injecțiile hormonale în doză masivă, deoarece în multe experiențe s'a observat la animale efectul cancerogen al hormonelor.

Radioterapie: precauție la femei tinere din cauza influenței dăunătoare asupra funcției glandelor mamare.

Vindecarea spontană a mastopatiei este observată după intervenția ginecologică spre exemplu chist-ovariectomie.

Tratamentul chirurgical: autorul relevă că foarte des o infiltrație circumscrișă și distinctă impune deja o intervenție chirurgicală, diagnosticul diferențial asupra naturii maligne sau benigne bazat numai pe simptome clinice este adeseori imposibil. Pune problema dacă în cazuri asemănătoare mai este permisă pierderea de timp cu tratamentul conservator hormonal. La femei tinere se recomandă mai mult metoda operatorie conservatoare, mai radicală (amputație simplă) la femei în vârstă, în deosebi dacă se constată și secreție patologică. Secreția sanguinolentă nu este un simptom de malignitate, fiind observată și în cazuri benigne, totuși este un simptom de alarmă. Operația radicală cu extirpațiunea mușchilor pectorali mare și mic și a limfoglandelor axilare este rezervată pentru cazuri, a căror malignitate este clinic și histologic indubitabilă.

Maladia mastopatiei — cam puțin cunoscută — joacă un rol practic foarte important ca stare precancerasă și în diagnosticul diferențial cu cancer mamar, astfel studiul cărții este de recomandat și medicilor practicieni și medicilor chirurși.

Dr. Fabritius

Intrebuintati zilnic:

PACYL

contra Hypertensiunii

Coborîrea moderată a Tensiunii Arteriale ridicate.
Potolirea spasmelor vasculare.
Îmbunătățirea, pe cale bucală, a indispozițiilor subiective.

DIWAG

CHEMISCHE FABRIKEN A.G., BERLIN-WAIDMANNSLUST

Pentru mostre și prospecte adresați-vă:

Odol S. A. R. București, Str. Apostol Mărgărit 22

In loc de tinctură de iod

SEPSO

Inlocuitorul desăvârșit al tincturei de iod

Tinctura SEPSO este o soluție alcoolică din combinațiuni complexe ale anumitor metale cu brom și rhodan. Concentrarea ei corespunde unei tincturi de iod 10⁰/₀, având aceeași putere desinfectantă.

Tinctura SEPSO fiind complet lipsită de iod, ea poate fi folosită și la persoanele sensibile la iod.

Se găsește în flacoane de
20, 50, 1000 cmc. în tuburi de 3 cmc.

Prospecte și lămuriri la cerere.

ODOL-PHARMA, BUCUREȘTI IV
STR. APOSTOL MĂRGĂRIT 22



NOU!

NOU!

AVITAMINOZELE C

CITAMINO / Dr. Wander

TABLETE

1 tabletă = 0,05 gr. Vitamină C

— Tuburi cu 20 tablete —

Sulfamidă cu toleranță optimă

SULFORONIN

Dr. Wander

Sulfanilyl - aminopiridină

**Gonoree - Pneumonie - Meningită - Strepto -
Stafilococie - Colibaciloză - Dizenterie**

Tuburi cu 20 tablete à 0,5 gr.

Asociația nouă de cărbune

CARBOWANDER

TABLETE

Cărbune vegetal

Sulf

Senna

Choleinat de Sodiu

Atropină metilbrom

Uleiuri eterice

Absorbant — Desinfectant intestinal — Laxativ cu efect antispasmodic și colagog.

Menajează ficatul în afecțiunile tubului digestiv grație efectului său colagog.

Mostre și literatură trimite la cerere:

Dr. WANDER S. A.

Fabrică de produse farmaceutice și dietetice

București II. - B-dul Bucureștii-Noi 90

Revista revistelor

INTERNE

Contribuțiuni la tratamentul turburărilor digestive în ipertireoze (Beitrag zur Behandlung der Verdauungsstörungen bei Hypertireosen) de *Dr. H. Leistner*. Fortschritte der Therapie, 1942, Heft 9.

După experiența sanatorului de altitudine Dr. May la baza tratamentului ipertireozelor sunt fluortirozina în asociație cu factorul climatic și hidroterapeutic, obținându-se cu aceste metode terapeutice rezultate foarte bune. Ca regim alimentar se indică un regim bogat în hidrați de carboni și grăsimi și sărac în albumine, din cauza acțiunii specifice dinamice a acestor ultimi. Administrarea în cantitate mai mare a acestor principii alimentari adesea produce turburări digestive la acești bolnavi (meteorism, constipație), de altfel turburările digestive sunt dese și așa la bolnavii cu ipertiroidisme, care adesea se manifestă prin diaree.

Aceste turburări digestive adesea sunt foarte renitente la tratament, totuși ele pot fi evitate și combătute prin administrarea regulată de 3 ori pe zi 2 drageuri de combizym, un preparat de fermenți, care acționează foarte bine atât în regiunile intestinului cu reacția acidă, cât și în cele cu reacția alcalină.

În cazurile cu o deficiență digestivă față de regimul cu legume, cu meteorism pronunțat, se obțin rezultate foarte bune prin administrarea preparatului luizym, un preparat de fermenți: celulaze și hemicelulaze.

În concluzie se poate spune că preparatul combizym și luizym fac posibilă o evitare și o combatere rapidă a turburările gastro-intestinale la bolnavii cu ipertireoze.

Asupra administrării de albumine în insuficiența renală cronică (Zur Frage der Eiweisszufuhr bei chronischer Niereninsuffizienz) de *F. Erödi, A. Greiner și I. Kring*. Klin. Wschr. 1943, Nr. 6, pag. 125—127.

În insuficiența renală cronică autorii constată că organismul pe lângă o administrare de 30—40 gr. albumine, este în echilibru de azot. Dacă albumina administrată este în cantitate mai mică, atunci organismul își distruge albumina proprie. Conținutul în azot total neproteic al sângelui în experiențele autorilor n'a fost redus prin scăderea administrării albuminelor, tot așa el n'a fost mărit prin urcarea albuminelor până la valoare de mai sus. Urcarea administrării albuminei până la 30—40 gr. este fără influență asupra intensității albuminuriei.

Asupra endocarditei actinomicotice (Über aktinomikotische Endokarditis) de *Giovanni Dell'Acqua*. Klin. Wschr. 1943, Nr. 5, pag. 100—103.

Se relatează trei cazuri de endocardite lente actinomicotice. Toate trei cazurile au survenit la bolnavi cu turburări cardiace vechi, doi aveau leziuni mitrale reumatice, unul un defect congenital al septumului. Probabil că aceste manifestări din partea inimii constituiesc o predispoziție pentru această formă rară de septicemie actinomicotică. În un caz s'a produs vindecare. Se discută diagnosticul diferențial și prognosticul în aceste împrejurări.

★

INFECȚIOASE

Transmiterea tifusului exantematic dela om la om prin transfuzie de sânge din perioada de incubație (Fleckfieberübertragung von Mensch zu Mensch durch Transfusion im Inkubationsstadium) de *Prof. Dr. Dormanns și Dr. E. Eriminger*. Münch. Med. Wschr. 1942, Nr. 25, pag. 559.

După concepția clasică tifusul exantematic se transmite numai prin intermediul păduchelui. Totuși autorii relatează o observație, unde în mod indiscutabil agentul causal al bolii a fost

transmis direct dela om la om. Este vorba de un caz a unui soldat ușor rănit, care înainte cu 3 zile dela începerea tifusului exantematic, care de altfel după 14 zile s'a vindecat, a donat sânge unui alt rănit de războiu, în cantitate de 250 cmc, un rănit care era foarte slăbit în urma unei zăceri îndelungate în pat cu o amputație din genunchiu. După transfuzie starea generală a rănitului primitor s'a ameliorat, însă după 11 zile face temperatură înaltă, nu prezintă exantem, însă bolnavul cu o stare generală infecțioasă sucombă. Reacția Weil-Felix executată după deces a fost pozitivă 1/400, precum și leziunile istologice au fost destul de caracteristice pentru tifusul exantematic. Se conchide din această observație, că sângele exantematicilor deja în perioada de incubație este infecțios și el poate transmite direct dela om la om virusul boalei.

Reacțiunea rapidă serologică pentru diagnosticul tifusului exantematic (Serologische Schnellreaktion zur Fleckfieberdiagnose am Krankenbett) de *Dr. N. Halmann*. Dtsch. Mil. Arzt Heft 3, pag. 196—198 1942.

Autorul utilizează o metodă rapidă pentru diagnosticul tifusului exantematic la patul bolnavului, care constă în următoarele: pe o lamă de sticlă se pune 0,05 cmc soluție colorată (soluție de albastru de metilen alcalin) împreună cu 0,1 cmc emulsie bacteriană de proteus X 19, se amestecă, apoi se adaugă din lobulul urechii 0,05 cmc sânge și se amestecă. (În lipsă de pipete se pune o picătură colorant, 2 picături emulsie bacteriană și 2 picături sânge). Când reacția este pozitivă se produce în 4 minute o aglutinare, în cazuri dubioase se repetă reacția cu 0,03 și 0,06 sânge. Aprecierea cantitativă se face după rapiditatea aglutinării și intensitatea ei. Metoda a fost executată pe 500 de cazuri, cu rezultate bune.

Reacțiune rapidă pentru diagnosticul tifusului exantematic cu antigen uscat „Krakau“ (Fleckfieber-Schnellreaktion mit Trockendiagnostikum „Krakau“) de *Dr. Tietz și Dr. Carlé*. Dtsch. Mil. Arzt. Heft 6, pag. 399—400, 1942.

Autorii au executat o metodă rapidă pentru diagnosticul tifusului exantematic cu un antigen uscat de proteus X 19. Antigenul este livrat în fiole, care în momentul întrebuițării se emulsionează cu 2 cmc de tutofusin sau soluție de ser fiziologic ci tratată, această cantitate este suficientă pentru 20 reacțiuni. Reacțiunea în sine se execută analog ca pentru determinarea grupelor sangine pe o lamă de sticlă, pe care se pune o picătură de sânge din lobulul urechii, la care se adaugă o picătură de emulsie bacteriană, se amestecă. Când reacția este pozitivă se produce o aglutinare. Avantajul reacției este, că poate fi executată la patul bolnavului, urmând ca după aceea ea să fie controlată cu reacția Weil Felix pentru stabilirea titrului.

Asupra unui simptom precoce utilizabil în diagnosticul tifusului exantematic și al scarlatinei (Über ein diagnostisch brauchbares Frühsymptom bei Fleckfieber und Scharlach.) de *Dr. H. Rehder*. Münch. Med. Wschr. 1942, Nr. 22, pag. 495.

În tifusul exantematic și în scarlatină după urcarea temperaturii timp de 12—36 ore, constată în protoplasma polinuclearelor așa numiții corpusculi a lui Döhle. Aceștia pot fi utilizați în practică ca un simptom precoce în diagnosticul acestor boli, pentru că aci ei se găsesc foarte numeroși, cum nu se găsesc în altă boală infecțioasă.

★

OTO-RINO-LARINGOLOGIE

Lărgirea operatorie a canalului fronto-nasal în sinuzitele frontale catarale subacute recidivante (L'élargissement opératoire du canal fronto-nasal dans les sinusites frontales ca-

tarrhales subaiguës récidivantes) de *G. Buzoianu, M. Iubu, I. Ambrus*. Revista Științelor Oto-Rino-Laringologice, fondată în Cluj, Nr. III—IV 1942, pag. 109—118, Sibiu.

Se execută lărgirea operatorie a canalului frontal, după ce s'a trepanat în prealabil etmoidul anterior, fără a omite deschiderea celei agger nasi. Deschiderea acestei celule etmoidale creiază o mai bună comunicație fronto-nasală. Operațiunea este indicată ca tratament radical al sinuzitelor frontale catarale acute sau subacute recidivante fără febră și fără exsudat inflamator intrasinusal. Termenul de sinuzită acută se raportează la intensitatea durerilor și nu la febra care este fie absentă fie neînsemnată. Aceste sinuzite, uneori extrem de dureroase, sunt numite de unii autori cataruri frontale dureroase recidivante. Vechea boală numită „vacuum sinus” intră în această categorie, căci autorii cred că factorul local infecțios este elementul etiologic capital. Lărgirea canalului frontal trebuie să fie suficientă pentru a asigura un bun drenaj și o bună ventilație sinusală. De asemenea nu trebuie să omitem permeabilizația fosei nasale corespunzătoare într'un timp preliminar (rezecția perichondro-mucoasă a septului) sau în același timp rezecția vârfului cornetului mijlociu. Se poate ca, pentru sinusurile vaste, lărgirea canalului frontal să necesite asocierea unei completări terapeutice consistând din spălături intrasinusale cu un lichid antiseptic. În sinuzitele frontale, lărgirea operatorie a canalului frontal poate fi considerată ca un tratament radical, tot așa ca și în unele sinuzite frontale supurate. Anestezia este locală și regională în același timp, la nivelul orificiului etmoidal anterior pentru nervul nasal intern, practicându-se printr'o injecție în unghiul supero-intern al orbitei.

Rezecția prealabilă a septului deformat sau normal ca prim timp operator în ablația polipilor coanali (Résection préalable du septum malformé ou normal comme premier temps opératoire dans l'ablation des polypes choanaux) de *G. Buzoianu, V. Pop, V. Benchea*. Revista Științelor Oto-Rino-Laringologice, fondată în Cluj, Nr. III—IV, 1942, pag. 119—125, Sibiu.

Rezecția subperichondrală a septului poate constitui un prim timp operator pentru a facilita ablația polipilor coanali de obicei greu de abordat. Această rezecție este practică în aceeași sedință operatorie a polipectomiei. Ea are scopul de a produce o lărgire a foselor nasale și prin acest mijloc o mărire a căii de acces anterior spre coane. Această lărgire este realizată nu numai prin efectul mecanic al ablației unei creste nasale sau prin corecțiunea unei deviațiuni septale, ci și prin posibilitatea ce o avem de a îndepărta septul membranos rezultat în urma rezecției scheletului său, cu ajutorul unei oglinzi cu valve lungi. Coanele fiind în felul acesta luminate, se obține o mai bună vizibilitate în profunzime și accesul spre coane este ușurat. Putem adăuga la această intervenție luxațiunea în afară a cornetelor inferioare care produce o lărgire a culoarului nasal. Această lărgire complementară e totdeauna mai mică decât aceea obținută prin mobilizația laterală a unui sept membranos.

Manevrele operatorii care fac obiectul acestei lucrări sunt practicate în diferite cazuri de polipoză nasală coanală unde lărgirea culoarelor nasale facilitează accesul spre coane. Pot beneficia de această conduită polipii coanali limitați la orificiile coanelor, care nu prolabează în rino-faringe, cu sau fără extensiune pediculară sau tumorală apreciabilă în fundul culoarelor nasale.

*

DERMATO-VENERICE

(Spitalul de boli sociale Brașov)

Unele observațiuni fundamentale în tratamentul lupus-ului (Einige grundsätzliche Bemerkungen zur Lupusbehandlung) de *H. W. Siemens* (Münch. med. Woch. 25, 1942).

Cu toatăcă astăzi sunt Institute speciale pentru terapia lupusului, autorul crede că nu este bine ca acest tratament să iasă din uzul terapeutic al medicului practician. Multiplele metode aplicate pot fi rezumate la unele măsuri care sunt cele mai eficiente. Tratamentul dietetic și climatologic nu pot reprezenta decât metode adjuvante, ca metodă operativă confirmându-se cel mai mult diatermocoagularea (nu pe față), radioterapia din cauza distrucțiilor mari neavând o indicație prea mare. Autorul recomandă ca cea mai bună metodă distrugerea țesutului bolnav prin Finsen-terapie. Acest tratament poate fi aplicat și ambulator, ospitalizarea fiind indicată numai în rare cazuri. Pentru medicul practician metoda predilectă trebuie să o reprezinte aplicarea de Pirogalol sau Lenigallol. În cazuri rare numai va trebui aplicată anticipat acestui tratament diatermocoagularea. Importanța cea mai mare revine aci precocității tratamentului.

Dr. Emil I. Bologa

Contribuțiuni la tratamentul sicozei simple (Beitrag zur Behandlung der Sycosis simplex) de *R. Wernsdörfer*. Münch. Med. Woch., Nr. 23, 1942.

Faptul că aceste sicoze stafilogene simple sunt foarte refractare tratamentului face ca de cele mai multeori să trebuiască să apelăm la epilație sau la îndepărtarea părului prin roentgen-epilație. Autorul a obținut vindecare completă în decurs de 5—15 zile prin aplicarea locală a unei pomezi de Albucid în concentrația de 10%. Această pomadă în care vectorul era reprezentat prin lanolină sau eucerină, a fost aplicată de 2—3 ori pe zi. Bolnavului i s'a permis să se bărbiească, aplicând pomada imediat după bărbierit. Pe lângă acțiunea locală antiseptică, Albucidul acționează în acest caz prin mărirea forțelor naturale de a lupta contra stafilococilor, ceea ce reprezintă o proprietate bine cunoscută a sulfonamidelor.

Dr. Emil I. Bologa

Tratamentul psoriazei (Psoriasisbehandlung) de *M. W. Wernsdörfer*, 1941, pag. 965.

Autorul recomandă tratamentul psoriazei prin amestec de eosină și crisarobină urmate de iradiere cu lampă de quartz. Astfel vor fi utilizate proprietățile fotodinamice ale eosinei, care vor accentua acțiunea consecutivă a razelor ultra-violete. Dermatoza se vindecă surprinzător de repede, recidivele ne fiind totuși înlăturate. Autorul dă următoarea rețetă:

Rp.

Eosină 3.0 gr.

Acid salicilic 4.0 gr.

Crisarobină 20.0 gr.

Spirt ad. 100.0 gr.

În prima zi: unctie de o alifie salicilată de 10% urmată de o baie cu săpun.

A doua zi: leziunile vor fi unse cu preparatul de mai sus și se vor face iradiațiuni la 60 cm pe spate și abdomen, câte 5 minute.

A treia zi: unctie și prelungirea timpului de iradiere cu 3 minute.

A patra zi: prelungirea cu 2 minute.

A cincea zi: unctie cu alifie salicilică și baie.

De obicei sunt necesare două de astfel de cure. Aci iradierile vor avea o durată de 10—15 minute. Iar dacă este necesară și a treia cură vor fi ridicate la 20 minute.

Dr. Emil I. Bologa

Pruritul vulvar (Pruritus vulvae) de *Dr. K. Mannherz*. Heidelberg, Therapie der Gegenwart, Anul 83, Nr. 10, Oct. 1942.

La început poate lipsi o cauză locală cu desăvârșire. Prin grataj apar apoi fenomene secundare (inflamații, vulvite etc.). Etiologia contrar simptomului care de multe ori este unic, este

multiplă. Pruritul poate fi cauzat de o vulvită, de lipsa de igienă locală, de fluor sau de dermatoze vecine. O mare importanță are diabetul, în care pruritul vulvar poate reprezenta primul simptom care să ne atragă atenția asupra bolii. Boala a fost pusă în legătură cu funcțiunea org. genitale. Pruritul, uneori asociat unei krauroze vulvare apare deseori în menopauză, ceea ce a dus la presupunerea unor dependențe de ovar. În patogenia p. v. tulburările endocrine ovariene par a avea rolul cel mai important. Prin tratamentul cu foliculină sau obținut vindecări de 73%, ameliorări de 16%, 14% rămânând neinfluențate. Prin radioterapie 33% vindecări, 34% ameliorări și 32% neinfluențate. Dozarea foliculinei a suferit modificări mari. La început sau dat doze enorme 20—30 mgr (1 mgr=10.000 U. I) care au produs tulburări ale funcției ovariene. Dozele au scăzut astfel f. mult după Kaufmann până la 20 mgr. pentru întreg tratamentul. Vindecarea se obține mai greu în climacteriu, și f. greu în krauroză concomitentă. Apli-

care locală a hormonului (pomade. supp) s'a adevărit foarte bună. Se aplică pomezi cu un conținut de 0,1—1 mgr. oestradiol-benzoat pe 1 gr. pomadă, care va fi fricționată bine pe piele. Foarte bune sunt preparatele de Cyren B Forte. Autorul aplică foliculina concomitent ca pomadă și injecții. Tratamentul durează uneori 3—4 luni după care cant. de hoemon poate fi scăzută. Etiologic se admite astăzi o hipofuncție ovariană, tulburări plurihormonale și un grad de dispoziție specială. Unele cazuri în care foliculina rămâne fără efect par a fi „esențiale”. În aceste cazuri Halban obține rezultate cu administrarea de vitamină A. El tratează cazurile de leukoplakie și krauroză cu untură de pește și local pomezi cu vitamină A. Kuncz pune pe prim plan al etiologiei pruritului hipovitamina A. Toate acestea subliniază încăodată sinergismul care există între ovar și vitamina A, care aplicate concomitent vor da rezultatele cele mai bune.

Dr. Emil I. Bologa

Note și informațiuni

Decrete, deciziuni, numiri

— In Monitorul Oficial Nr. 45, din 23 Febr. 1943, s'a publicat înținerea examenului de clasificare pentru medici primari în specialitatea neurologie, în ziua de Marți, 30 Martie 1943, la Min. Sănătății, București.

— Prin Decretele-Lege Nr. 507 și 508, publicate în Mon. Oficial Nr. 59, din 11 Martie 1943, d-l Prof. Bălăceanu George și d-l Prof. Dr. C. Ionescu, dela Facultatea de farmacie din București, au fost numiți membri în Consiliul Sanitar Superior, ce funcționează pe lângă Ministerul Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale, în locuri vacante, pe toată durata mandatului actualului Consiliu Sanitar Superior.

— In Monitorul Oficial Nr. 64, din 17 Martie 1943, se publică vacanța postului de medic primar venierian dela Serviciul sanitar al municipiului București.

— In Monitorul Oficial Nr. 65, din 18 Martie 1943, s'a publicat Decizia Min. Sănătății și Ocrotirilor

Sociale Nr. 109.368/1943, privind importul, fabricarea și raționalizarea consumului de insulină.

— La Curtea de Apel Sibiu, Secția I, luându-se în desbatere procesul pornit de comuna Tălmaciu, în contra Dr. Traian Bude, medic al circumscripției Tălmaciu, pentru evacuarea din locuința pusă la dispoziție de comună, s'a dat Deciziunea civilă Nr. 29/1943, prin care se recunoaște obligația comunelor de a pune la dispoziția medicilor de circumscripții, locuință în natură.

Numiri de interni. Avram Jecu la Clinica I-a Medicală; Săbăduș Valeria la Serviciul T. B. C. Spitalul public; Morariu Liviu la Institutul de Cancer; Muntean Octavia la Clinica I-a Medicală; Reichrath Susana la Clinica Ginecologică, fiind plătită dela fondul global Stat Nr. 615; Beffa Constanța la Clinica I-a Medicală, fiind plătită dela fondul global Stat Nr. 615; Popescu Margareta la Clinica Chirurgicală; Coroianu Victor la Clinica Chirurgicală; Anastasatu Constantin la Serviciul T. B. C. Spitalul public; Crișan Vasile la Serviciul Dermato-venerice, Spitalul public.

Reviste de schimb primite la redacție

1. Din străinătate:

Deutsche Medizinische Wochenschrift: Nr. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10/1943.

Wiener Medizinische Wochenschrift: Nr. 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11/1943.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift: Nr. 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11/1943.

Wiener Klinische Wochenschrift: Nr. 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11/1943.

Hippokrates: Nr. 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11/1943.

Der Landarzt: Nr. 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10/1943.

Folia Therapeutica: Heft 12/1942 și 1, 2/1943.

Klinische Wochenschrift: Nr. 43, 45, 46, 47, 48, 50, 51, 52/1942 și 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7/1943.

Therapie der Gegenwart: Heft 12/1942, Heft 1, 2/1943.

Fortschritte der Therapie: Heft 12/1942 și Heft 1/1943.

Zeitschrift für Aertzliche Fortbildung: Nr. 1, 2, 3, 4, 5/1943.

Deutsches Tuberkulosenblatt: Nr. 1, 2, 3/1943.

L'Arte Obstetrica: Nr. 11, 12/1942.

La Ginecologia: Nr. 12/1942.
La Clinica Obstetrica e Ginecologia: Nr. 1/1943.
Rivista Italiana di Endocrino e Neurochirurgia: Nr. 1/1943.

2. Din țară:

România Medicală: Nr. 2, 3, 4, 5, 6/1943.
Mișcarea Medicală Română: Nr. 1—2 (Ian. Febr.) 1943.
Anuarul Spitalului de Stat din Lugoj: 1941—1942.
Revista Română de Oto-Rino-Laringologie: Nr. 3—4 (Iulie—Decembrie) 1942.
Buletin de L'Academie de Médecine de Roumanie: Tom. XII.
Revista Științelor Medicale: Nr. 2, 3, 4/1943.

Iașul Medical: Nr. 1—12/1941 și 1—12/1942.
Spitalul: Nr. 12/1942 și 1, 2/1943.
Revista Științifică „V. Adamachi”: Nr. 4 (Oct.—Dec.) 1942.
Revista Spitalelor: Noemvrie—Decemvrie 1942.
Buletin Eugenic și Biopolitic: Nr. 1—2/1943.
Buletin Demografic al României: Nr. 2, 3, 4, 5, 6/1942.
Bulletins et Memoires de la Société Médicale: Nr. 8—9, Oct., Nov. 1942.
Revue Médico-Chirurgicale: Nr. 5—6/1942.
Revista de Radiologie și Electrologie Medicale: Nr. 5—6, Mai—Iunie, 1942.
Realizările Italiei în lupta contra tuberculozei de: Dr. Ovidiu Constantinescu.

Notițe terapeutice

Tratamentul pneumoniilor la copii cu sulfamide. Siegl, Spit. E. v. Behring Viena: Th. Ggw. 1942, Nr. 8, p. 28.

Față de pneumonie, Eleudron-ul se comportă de cele mai multe ori ca și sulfapyridina, deși defervescența după Eleudron se face de obicei în 12 ore. Complicațiunile, cum sunt abcese pulmonare, pleuritele și empiemul nu pot fi evitate cu siguranță prin chimioterapie. Mortalitatea prin pneumonie era la sugari și copii mici 17,5% (corectată 7,6%), pe vremuri la vârsta aceasta la sugari era 50—60%, iar la copiii de 2—3 ani 30%. Eleudron-ul s'a administrat copiilor în primele 48 de ore în doză de 0,15 gr. pe kilogram pe zi, iar apoi în continuare 0,1 gr. Deoarece Eleudron-ul produce mult mai rar vărsături decât sulfapyridina, este întrebuit acum din ce în ce mai mult.

Dolantin-ul ca pre-anestezic și analgetic în chirurgie. N. Chillemi, Inst. de patol. chirurg. și proped. clin. Catania: Settim. med. 1942 Nr. 10 (după referat italian).

C. a întrebuințat Dolantin-ul în doze de 50—100 mgr. (1—2 cmc.) i.m. ca preanarcotic, cu 20—30' înainte de operații, apoi după operații ca analgetic în doze până la 200 mgr. în 24 de ore, repetat în parte, timp de 3—4 zile în șir, și în fine și în mod general, în aglii diverse și de gravitate variabilă, în diferite afecțiuni, în injecții sau (și) pe cale bucală. Rezultatele au fost fără excepție „exclente”, efectele Dolantin-ului se manifestă după 15—40' și se mențineau 2—10 ore, începând să scadă lent după ora a 2-a. Nu au survenit tulburări precise, numai uneori tulburări foarte trecătoare, ca transpirații abundente, amețelă și odată o lipotimie de scurtă durată; manii, efect asupra tensiunii și a pulsului, etc., nu au fost observate.

Căi pentru prevenirea reumatismului infantil. Dr. E. Fenz, Viena (Kinderarztl. Praxis 1942 Nr. 5).

Pentru prevenirea reumatismului la copii, Fenz propune să se evite căsătoriile între membrii familiilor reumatice, deoarece s'a dovedit, că tulburările de origine artritică sunt o dominantă care se transmite ereditar, apoi obicinuirea prudentă cu frigul și locuințe uscate și bine aerisite, și alimentație bogată în vitamine, iar la orice angină să se dea principal Prontosil (de $3 \times \frac{1}{2}$, până

la 1 tabletă). Se pare că Prontosil-ul julează anginele streptococice, care sunt originea reumatismului. La 500 de încercări făcute până acum, Fenz a avut întotdeauna rezultate bune, angina vindecându-se prompt cu Prontosil.

Efectele profilaxiei rachitismului. Dr. E. Meier, Serviciul sanitar al Reichului, Berlin. (Reichs-Gsdsbl. 1942 Nr. 19).

Cercetările făcute în centrul Aussig au arătat, că rachitismul survine încă din prima lună a vieții cu foarte mare frecvență, că sporește până în luna a 5-a, și că apoi se menține la același nivel până la finele vârstei de sugar. Grație profilaxiei cu Vigantol, frecvența rachitismului a scăzut dela 70% la 25%. Cifrele indicate pot varia în sens pozitiv sau negativ, după limitele care se dau noțiunii de rachitism.

Despre evoluția și tratamentul piuriei infantile. Prof. Dr. E. Unshelm, Clinica infantilă Rostock (Msch. Kinderhkd. 1942, vol. 90).

Piuria sugarilor este o afecțiune care se vindecă și spontan, deși în acest caz, durata bolii oscilează între săptămâni și luni. Numai în 7% din cazuri, piuria persistă încă și în al 2-lea an de viață; în orice caz, în stadiul acut, această afecțiune poate pune viața în primejdie. La copii mari nu este cazul; și la ei, vindecarea survine după săptămâni sau luni. Pe când dela 1926 până la 1935 cam 15% din sugari muriau cu piurie, cu Prontosil s'a ajuns la o reducere a mortalității până la mai puțin de 3%, adică, din 35 de copii, a murit unul; la acest caz, necropsia a arătat la copil malformațiuni, care puteau fi considerate drept cauză a morții. În total, se dau sugarilor de 3 ori 0,15 gr. de Prontosil sau li se injectează de 2 ori 5—10 cmc. de Prontosil solubil i.m. La copii mai mari, la care piuria nu constituie o primejdie atât de serioasă, dar la care este pericol cu afecțiunea, care în stadiul acut poate fi ușor influențată, să treacă în stadiul cronic, în care este foarte greu de influențat, Prontosil-ul a putut împiedeca cronicizarea: înainte de Prontosil, se cronicizau 33%, cu Prontosil devin cronice 4% din cazuri. Postulantul cel mai imperios este administrarea cât mai precoce a Prontosil-ului în stadiul acut la piurie.

Myoston

Pe bază de adenosină phosphorică MAP

Toate afecțiunile cardiace și vasculare, datorite unei irigări coronare insuficiente. - Angina pectorală, angină tabagică și scleroza coronară. - Pentru stimularea debitului cardiac la bătrâni. 3-4 ori pe zi câte 20 picături.

Flacon gutător cu 20 cc.

CODEX S. A. R., Calea Șerban Vodă 41, București.

Pituigan

Extract standardizat de lob posterior al hipofizei

Pentru perioada de dilatație și expulzie :
1 cc. Pituigan = 3 U. V.

*

In perioada postpartum și intervenții operatorii:
1 cc. Pituigan forte = 6 U. V.

*

Cutii cu 3 și 12 fiole.

Dr. Georg Henning, Chem. Pharm. Werk Berlin — Tempelhof.

Produse „Ufarom“ fost Egger Cluj-București

**Noua terapie specifică a tuturor
infecțiunilor strepto-stafilococice cu**

Septamid Sulfamidă albă.

tabl. in tub de 10 à 0.30
" " " " 20 à 0.30
" " borcane " 100 à 0.30

Medicațiune chimico-terapică din grupul P. Aminophenylsulfonamid lipsit total de fenomene toxice, chiar după administrare mai îndelungată.

Beneurin, vitamina B,

mitte injecții 3 fiole de 1 cc à 5 mgr
forte " 3 " " 1 cc à 25 mgr

cristalizată, chimic pură. $C_{12}H_{17}OSClHCl$.
Preparat conținând vitamina B₁, **vitamina antinevritică.**

INDICAȚIUNI: Vitamina B, fiind neurotropă are indicațiuni foarte variate în nevrite de orice origine și localizare, și polynevrite cu turburări spastice și paralitice etc.

C e v a l Vitamina C.

injecții 10/1 ccm 0.05
" 5/2 ccm 0.10
" 3/5 ccm 0.50

INDICAT: In toate cazurile unde se constată o insuficiență a vitaminei C.

Hepacit Extract de ficat și mucoasă stomacală.

injecții de 2 cmc

Extrem de activ și perfectă tolerabilitate. Ameliorează rapid starea generală, iar numărul globulelor roșii și indicele hemoglobinic crește chiar dela începutul tratamentului.

INDICAT: în anemii secundare provocate de hemoragii, anemie pernicioasă, anemii consecutive maladiilor infecțioase. Protejează celulele hepatice, evită șocul operator etc., etc. Se administrează în injecții intramusculare.

Eșantioane medicale și literatură:

Laboratorul Farm. V. G. CIOCOIU
București, str. Matei Voevod Nr. 35 - Telefon 3.88-97

MERZ & Co. Uzine Chimice FRANKFURT a/M.

RECTO-SEROL

Indicat în tratamentul

Hemoroizilor

**Nodurilor hemoroidale
inflamate**

Fisurilor anale

Eczemelor anale etc.

Unguent în tuburi 1/1 și 1/2

Exclusivitate pentru România

CHIROPTICA - ROMULUS POPESCU S. A. R.

București 1, Strada Carol 22 — Telefon : 3.32.10, 3.32.18, 3.32.19.

Redacționale

Costul anual al abonamentului la revistă este de Lei 800. Pentru autorități 2000 Lei. Pentru studenți 600 Lei. Costul unui număr este 150 Lei.

— Abonamentele se plătesc anticipativ prin mandate poștale pe adresa: Administrația Ardealul Medical, Clinica ginecologică și obstetricală, Cluj-Sibiu, strada Haller 1.

Toată corespondența referitoare la chestiuni de redacție și administrație se va adresa: Clinica ginecologică și obstetricală Cluj-Sibiu, str. Haller Nr. 1.

Revistele generale și articolele originale vor fi publicate întregi. Nu se admit articole cu urmare. Articolele nu vor depăși 4 pagini de revistă. Costul tiparului peste 4 pagini va fi suportat de autor, 1000 Lei pagina.

Autorii vor prezenta odată cu articolul și un mic rezumat în românește, franțuzește și nemțește.

Costul extraselor îl privește pe autor și jumătate din el se trimite deodată cu manuscrisul pe numele tipografiei, care altfel nu e obligată a face extrasele.

Se refuză articolele de critică și polemică ce vizează persoane, ca și articolele cari au fost deja publicate într-una din revistele din țară.

Recensiile articolelor originale vor fi scurte (maximum 15 rânduri tipărite, aprox. 30 rânduri scrise). Ele vor începe cu titlul lucrării în românește, titlul original (în paranteză), autorul, revista, numărul revistei, pagina și anul.

Toate manuscrisele vor fi dactilografiate.

Costul clișeelelor privește pe autori și vor fi comandate de autori după formatul revistei.

Domnii abonați sunt rugați să anunțe la timp schimbarea domiciliului, pentru a evita orice neînțelegere în legătură cu expedierea revistei.

Anunțurile se angajează direct prin Administrația revistei cu tariful următor:

In interiorul revistei 1 pagină 3000 Lei, 1/2 pagină 1600 Lei

Paginile de pe copertă și fixe au tarif special.

Pentru encartage se plătește 1 Leu de fiecare inserat.

Pentru anunțuri plasate pe pagina recto se socotește un plus de 30%.

Pentru anunțuri periodice (băi, staț. balneare, staț. climaterice etc.) se plătește un plus de 50%.

SANEDRINE

Efedrină levogiră

**TERAPEUTICĂ
ANTIALERGICĂ**

ASTM

**RINITE SPASMODICE
BRONȘITE CRONICE**

URTICARIE

**PRURIT, MIGRENELE
HEPATO-BILIARILOR**

**P R E V E N I R E A
ACCIDENTELOR SERICE
HIPOTENSIUNE
POST-OPERATORIE
ASTENII
POST-INFECȚIOASE**
Comprimat de 0,025 gr.

ODETTE
ZÉAU

**SOCIÉTÉ PARISIENNE
D'EXPANSION CHIMIQUE**

S P E C I A

**MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHONE
21, RUE JEAN GOUJON - PARIS**

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXIII

SIBIUL MEDICAL

Anul VIII

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICA

Anul VI

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Organ Oficial al Facultății de Medicină din Cluj-Sibiu, Societății Științelor Medicale din Cluj-Sibiu
Inspectoratului General Sanitar Sibiu și al Colegiilor Medicilor din Inspectoratul General Sanitar Sibiu

COMITETUL DE REDACȚIE:

Prof. Dr. I. Aleman, Prof. Dr. V. Baroni, Prof. Dr. Gr. Benetato, Prof. Dr. V. Bologa, Prof. Dr. Gh. Buzoianu, Prof. Dr. C. Crișan, Dr. I. Cosma, Prof. Dr. L. Daniello, Dr. I. Fabritius, Doc. Dr. O. Filipescu, Prof. Dr. I. Goia, Prof. Dr. C. Grigoriu, Prof. Dr. M. Hângănuț, Prof. Dr. I. Hațieganu, Dr. L. Ionașiu, Prof. Dr. M. Kernbach, Prof. Dr. I. Manta, M. Manta, Dr. C. Manta, Prof. Dr. D. Michail, Prof. Dr. I. Moldovan, Prof. Dr. D. Negru, Prof. Dr. V. Papilian, Prof. Dr. Al. Pop, Prof. Dr. R. Popa, Prof. Dr. Gh. Popoviciu, Conf. Dr. Tr. Popovici, Dr. A. Popu, Dr. Gh. Preda, Prof. Dr. S. Secăreanu, Dr. I. Stoichiția, Prof. Dr. M. Sturza, Dr. I. Sturza, Prof. Dr. C. Tătaru, Prof. Dr. E. Teposu, Prof. Dr. C. Urechia, Dr. L. Ursu, Prof. Dr. T. Vasiliu, Prof. Dr. C. Velluda.

DIRECTOR:

Conf. Dr. I. GAVRILĂ

REDACȚIA
ȘI ADMINISTRAȚIA

Clinica ginecologică și
obstetricală Cluj-Sibiu,
str. Haller Nr. 1

Telefon 45

Normacol

Laxativul fiziologic



*Superioritatea capacității de a
se umfla a Normacol-ului*

față de alte substanțe naturale este dovedită experimental.

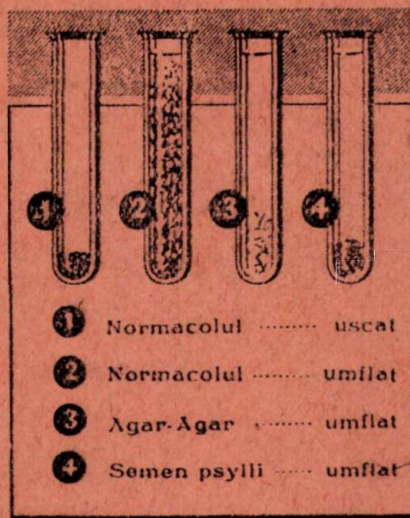
Experiența clinică

arată, că corespunzător capacității sale mărite de a se umfla, cu Normacolul se obține un scaun mai voluminos.

Scaunele cu Normacol nu diferă de loc de scaunele normale.

40 publicațiuni științifice

din clinică și practică certifică calitatea și siguranța Normacol-ului.



Cartoane cu 100 și 250 gr.

SCHERING A.G. BERLIN N 65

CODERE, S. A., București
Str. Clemenceau No. 6 Tel.: 3.58.05



Impotriva turburărilor menopauzei

Klimakton «Knoll»

Influențând simultan sistemul glandular și cel nervos, modificările fiziologice ale organismului devin suportabile.

Tuburi cu 20 dragee

Flacoane cu 50 dragee

De 3 ori pe zi câte 1-2 dragee;
se vor înghiți nemestecate.

KNOLL A.-G.
LUDWIGSHAFEN/RIN.

Eșantioane și literatură prin:
»KNOLL« S.A.R.
Produce chimico-farmaceutice
Str. Atena 29, București III.





D. D. Medici sunt anunțați pe această cale, că am pus în vânzare noul produs

ANTISCORBIN

Ultima expresie a științei în prepararea produselor de vitamină „C.” (L-Ascorbinat de Sodiu), — Produs ce înlocuește, cu efecte superioare, produsul nostru anterior ASCORBIN.

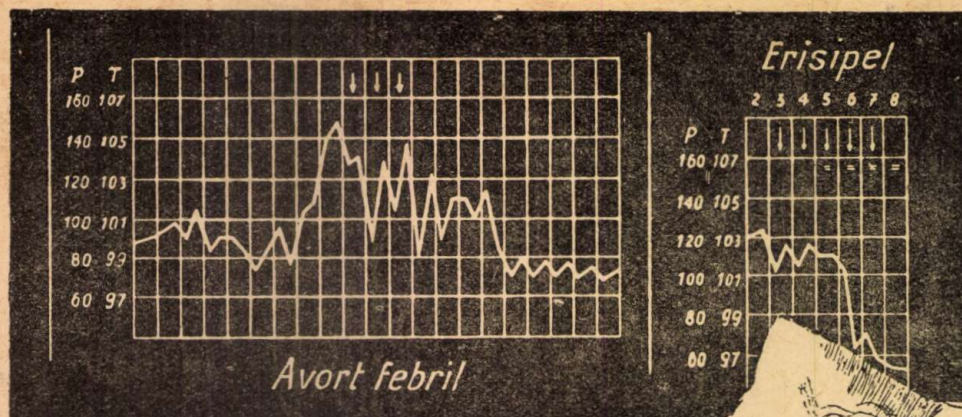
Binevoiți a reține, deci, denumirea

ANTISCORBIN

Pentru formele :

- a) INECȚII (L-Ascorbinat de Sodiu) : 0,05/1 cmc — cutia cu 10 fiole
0,10/2 „ „ „ 5 „
0,50/5 „ „ „ 3 „
- b) TABLETE (Acid Ascorbic) : Tubul cu 12 Tablete 0,05 gr.

Fabrica HYGEA-CLUJ S. A. R., București
Splaiul Unirii 127
Telefon 4—22—44



Prontosil

În toate **infecțiunile streptococice**. Activ
și în infecțiuni stafilococice și colibacilare.

Important, în erisipel, angină, septicemie
post partum, avort septic, artrite infecțioase,
cistite și pielite.

Admis și întrebuințat în serviciile Casei
Asigurărilor Sociale în România

»Bayer«



LEVERKUSEN

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXIV

SIBIUL MEDICAL

Anul IX

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICA

Anul VII

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

SUMARUL:

Articole științifice :

L. Pavel: Modul de producere al icterului în hepatită	Pag. 175
Dr. O. Fodor: Polinevrită disenterică	" 181
Dr. Todea Corneliu și Dr. Pelea Ion: Flegmon al peretelui abdominal	" 183
Prof. Dr. Grigore Benetato, R. Oprean, Dr. T. Agârbiceanu și Dr. T. Tudoraș: Conservarea sângelui de om și utilizarea lui pentru transfuzii	" 185
C. Drăgulescu: Analiza apei minerale bicarbonatate alcalinoteroase dela Bencec (Banat).	" 189

Medicină de războiu :

Medic Sublocotenent Dr. Gh. Lazăr: Hepatita epidemică în războiul actual	" 190
---	-------

Probleme terapeutice:

Dr. Ion Macavei: Tratamentul modern al pneumoniei	" 195
Dr. D. Căprioară: Asupra concepției terapeutice a hemoragiilor mari intraabdominale de origine genitală la femeie	" 206

Probleme sociale

Dr. C. Ieneș: Tuberculoza în regiunea minieră din circ. sanitară Roșia Montană — Alba	" 199
--	-------

Societăți medicale	" 208
-------------------------------------	-------

Reuniunea medicală dela Sibiu	" 213
--	-------

Reuniunea medicală dela Craiova	" 215
--	-------

Note și informațiuni:

Decrete, Deciziuni	" 216
-------------------------------------	-------

RUBIAZOL

ampoules

comprimés

Il a fait ses preuves...

plus de 500 références bibliographiques prouvent l'activité et la parfaite tolérance de la carboxy-sulfamido-chrysoïdine

dans

ERYSIPÈLE . FIÈVRE PUERPÉRALE
GRIPPE . COMPLICATIONS GRIPPALES
MÉNINGITES . SEPTICÉMIES
ROUGEOLE, SCARLATINE, ANGINES
PHLEGMONS, OSTEOMYÉLITES
PLEURÉSIES PURULENTES
PLAIES INFECTÉES, etc.

FORMES EXTERNES

COLLUBIAZOL

COLLUTOIRE AU RUBIAZOL

calme instantanément la douleur

Angines • Rhino-Pharyngites
Stomatites

GYNÉCOLOGIE : Vaginites • Métrites du col etc., etc.

Laboratoires du Dr ROUSSEL - Paris

Reprezentant
pentru România
LABORATORUL
FARMACEUTIC



"LUTETIA" S.A.R.
STR. TOAMNEI 103
BUCUREȘTI III
TELEFON 2.21.38

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXIV

SIBIUL MEDICAL

Anul IX

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VII

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Articole științifice

Modul de producere al icterului în hepatită

de

I. Pavel (București)

Conferențiar universitar

Rolul hepatitei în producerea icterului întrevăzut de multă vreme de Morgagni, de Monneret a găsit o confirmare în cercetările anatomice ale lui Eppinger. Mai târziu însă, s'a observat că leziunile asemănătoare nu se însoțesc în icter. S'a crezut atunci că s'ar putea găsi un punct de sprijin pentru această patogenie în explorarea funcțională a ficatului și mai ales în proba galactozel. De îndată însă ce încercăm să interpretăm rezultatul acestor probe în raport cu apariția simptomului icter, survin numeroase rezerve pe care le-am expus anterior. Concomitent într-o carte recentă¹⁾ am arătat că cel mai bun mijloc pentru a afirma originea hepatică a unui icter este constatarea unei hiposecreții biliare mai mult sau mai puțin persistente.

Dar dacă existența icterului de origine hepatică pare de necontestat, este foarte greu să spunem prin ce mecanism hepatita provoacă icterul. Un răspuns valabil la această chestiune presupune cunoașterea fiziologiei normale a secreției biliare pigmentare. Cea pe care o cunoaștem în mod clasic, e foarte probabil falsă. Așa, rolul pe care unii autori îl atribuie celulei hepatice pentru producerea și secreția pigmentilor biliari, sau pentru transformarea bilirubinei indirecte în bilirubină directă, face paradoxală existența hepatitei cu hipofuncțiune a celulei hepatice, dar cu o producere de pigmenti biliari suficient de importantă pentru a face să apară icterul. Acest paradox a reținut atenția autorilor care au propus diferite explicații.

Astfel Fliessinger crede că „icterul traduce prin intensitatea sa valoarea funcțională a parenchimului sănătos, iar prin existența sa el denotă atingerea lezională a lobului hepatic”. Chabrol crede și el că o condiție primă pentru apariția unui icter este integritatea rela-

tivă a parenchimului hepatic. Geraudel crede că poate distinge în lobulul hepatic două zone a căror funcție ar fi foarte diferită. O zonă periferică care ar fi sediul formării pigmentului biliar, care ar fi apoi devărsat în sânge și, o zonă centrală a cărei funcțiune să elimine pigmentul biliar. Această încercare de explicare găsește sprijin în existența leziunilor de importanță adesea înegală între centru și periferia lobului. Este totuși greu de conceput că pentru a elimina un deșeu cum sunt pigmentii biliari, organismul să recurgă la un drum așa de ocolit care începe prin a-l arunca întâi în circulație, pentru ca apoi să-l rela prin același organ.

După una sau alta din aceste teorii, hepatita odată constituită favorizează scurgerea bilei către limfatice și capilarele sanguine, prin degenerescență sau necroza celulelor hepatice și prin apariția a ceea ce s'a numit dislocarea traveei hepatice (Hanot), efracție (Fliessinger) sau per destructionem (Eppinger). Aceste ipoteze care ar ușura foarte mult explicarea apariției icterelor care se însoțesc de o hiposecreție către căile biliare au azi nevoie de probe noi în fața criticilor care le pot fi opuse. Este în adevăr greu de conceput că bila din caniculele biliare își alege în aceste cazuri drumul obstruat uneori de edemul spațiilor lui Disse în loc să urmeze cursul canaliculelor și canalelor biliare care sunt goale. Evident micro-cholo-thromboza microscopică a lui Fliessinger și Laur ar putea ajuta această deviere a curentului. Dar înșiși acești autori care au întreprins un studiu foarte minuțios au ajuns la concluzia că nu există probe solide pentru a putea scrie „icterul hepatitelor este un icter datorit obstrucției prin cholo-thromboza microscopică”. Totuși chiar dacă ne menținem la explicațiile de mai sus o chestiune rămâne misterioasă; pentru care motiv o hepatită cu dislocarea traveei sau

¹⁾ I. Pavel. — Les ictères. 1 vol. 1943.

cu fisură tubulară produce icterul prin opoziție cu alte hepatite asemănătoare care nu produc (febra tifoidă, pneumonia, icterul cataral fără icter (Eppinger). Această chestiune nu a scăpat lui Garnier ¹⁾ care a încercat să dea următoarea explicație: bila nu ar fi împinsă către torrentul circulator ci atrasă aci printr'un chimiotropism bacterian, ipoteză însă nedemonstrată.

Teorie personală asupra secreției biliare pigmentare.

Dacă considerăm cu atenție aceste probleme ne dăm seama că ele subsistă grație insuficienței cunoștințelor noastre asupra secrețiunii pigmentare a bilei. În general s'a ajuns la un acord pentru a se considera că pigmentii biliari sunt formați de celulele sistemului reticulo-endotelial și în particular de celulele lui Kupffer. ²⁾ Modalitatea însă prin care se efectuează eliminarea prin căile biliare a pigmentilor formați de celulele lui Kupffer este încă plină de mistere.

Considerațiunile care vor urma ne-au condus să admitem că secrețiunea biliară pigmentară este datorită unui proces de filtrare-reabsorbție. Celula hepatică nu joacă în această teorie niciun rol în pigmentogeneză, proprietate care revine în întregime celulelor lui Kupffer și omoloagelor sale. Dela acestea pigmentii biliari trec prin lobulul hepatic prin calea succesivă a spațiilor lui Disse, a capilarelor și a canaliculelor biliare, drum în care pigmentii suferă o concentrare. Sunt apoi eliminați ca deșeurii într-o stare mai concentrată decât aceea în care se găseau în sânge și în filtratul capilar în momentul ajungerii lor în spațiul lui Disse. Această teorie poate să ne dea o explicație satisfăcătoare asupra modului de apariție a icterului în hepatite. Dar pentru a fi admisă această teorie trebuie întâi să treacă peste obstacolele histologiei și fiziologiei clasice.

Histologia ficatului actualmente admisă interpune între capilarele biliare și capilarul sanguin, celula hepatică. Sunt însă câteva chestiuni care ar trebui să fie revăzute de histo-fiziologiști. Astfel nu suntem edificați asupra traseului pe care îl urmează canaliculul biliar în porțiunea sa intercelulară. În general se spune că el merge între celulele hepatice până în vecinătatea spațiilor lui Disse, specificându-se totuși că nu ajunge să le atingă. De altă parte pe schemele figurând aceste relațiuni canaliculul se oprește la jumătatea celulei hepatice (fig. 1). Se interpune astfel între capilarul sanguin și capilarul biliar celula hepatică, ceea ce antrenează supoziția fiziologică că pigmentii biliari trebuie să traverseze fatal celula hepatică. Totuși un oarecare

număr de autori printre care Rössle, fac excepție dela această regulă. Ei pun în relație prelungirile celulelor lui Kupffer direct cu capilarele biliare, concepție care din nefericire nu a găsit până acum decât un foarte

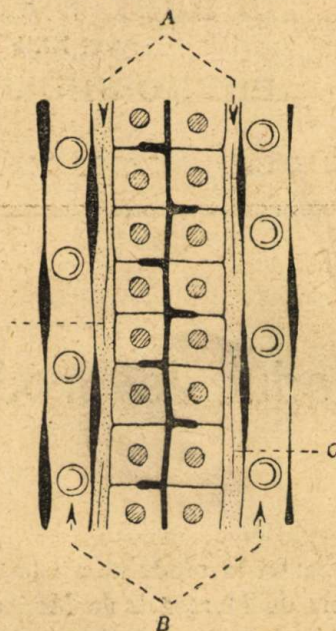


Fig. 1. — Imaginea schematică a travei lui Remack, după Eppinger. A = spațiul lui Disse; B = capilar sanguin; C = fibre reticulare (Gitterfasser).

mic ecou printre clinicieni și fiziologiști. Privind cu atenție secțiunile histologice din ficat colorate cu metoda lui Eppinger, din care reproducem aci imagini microfotografice luate în serie pe același câmp microscopic (fig. 2—6) noi am putut vedea că adesea pe secțiunile

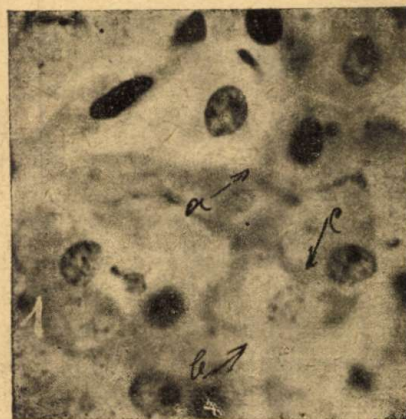


Fig. 2.

mai groase dacă facem să varieze viza micrometrică se poate urmări uneori capilarul biliar până în spațiul lui Disse. ¹⁾ Uneori ajungând până aci capilarul biliar își

¹⁾ Garnier. — Y-a-t-il une lésion de l'ictère Presse Médicale Nr. 6, 1929, p. 97.

²⁾ Cea mai mare parte dintre cei care atribue încă un rol celulei hepatice și ficatului o fac global pentru glanda hepatică și nu fac o discriminare suficientă între celula lui Kupffer și celula hepatică.

¹⁾ Se disting mai bine aceste relații pe preparațiunile unde spațiile lui Disse sunt aparente. Se știe, în adevăr, că acestea sunt abia vizibile, virtuale, și că nu devin aparente decât în unele momente fiziologice sau patologice.

păstrează calibrul normal. Alteleori el se termină într'un fel de estuar care face parte de spațiul pericapilar al lui Disse.

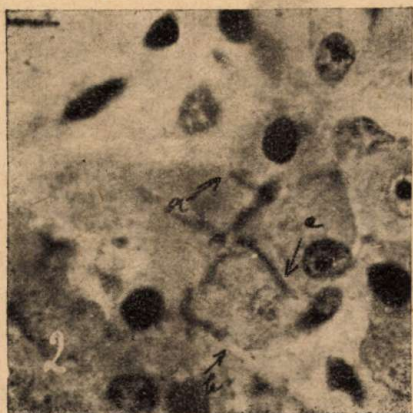


Fig. 3.

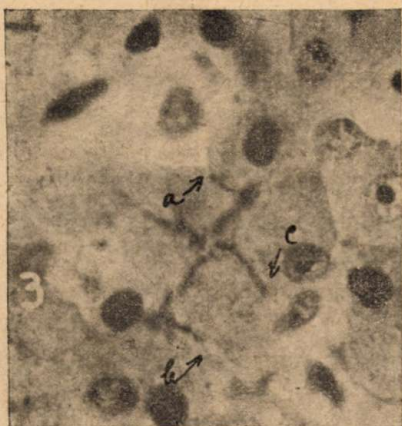


Fig. 4.



Fig. 5.

Astfel se poate spune că schema lobulului hepatic admisă astăzi (fig. 1) trebuie să fie modificată (fig. 7). Insuficiențele histologiei clasice pot să fie și la momentul fiziologic când se examinează ficatul. Astfel capilarele biliare dispar complet la broasca în stare de hibernare.

Dacă ne raportăm la periodicitatea funcționării celulei hepatice (fenomenul lui Forsgren) se poate imagina că aceste capilare pot să varieze după momentul examenului.

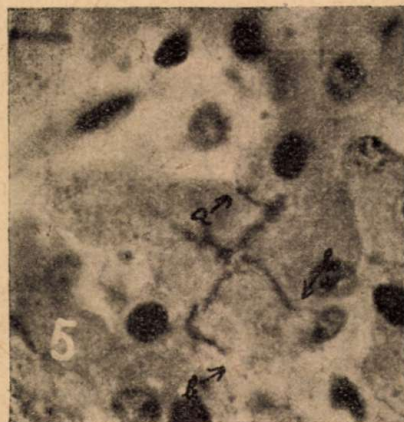


Fig. 6.

Fig. 2—6. — Imersie. Colorație pentru canaliculii biliari (Eppinger) Serie de microfotografii luate pe o cupă relativ groasă pentru a arăta conexiunile capilarelor biliare cu spațiile lui Disse.

Capilarul biliar „a”: 1 Se vede capilarul sanguin cu spațiul lui Disse care formează o depresiune infundibuliformă la nivelul capilarului biliar „a”, care abia se zărește. 2. Capilarul biliar devine foarte aparent. El pare că se oprește la o oarecare distanță de infundibulul format de spațiul lui Disse. 3, 4, 5. Capilarul biliar ajunge până în vârful infundibulului cu care comunică.

Capilarul biliar „b”: 1. Aparent acesta se termină la jumătatea celulei hepatice. Însă în microfotografiile următoare (2—5) se distinge bine canaliculul care se prelungește până la spațiul lui Disse.

Capilarul biliar „c”: Urmează tot interstițiul intercelular până în vecinătatea unei celule Kupffer. Pe figura 1 se întrevede terminarea sa în spațiul lui Disse.

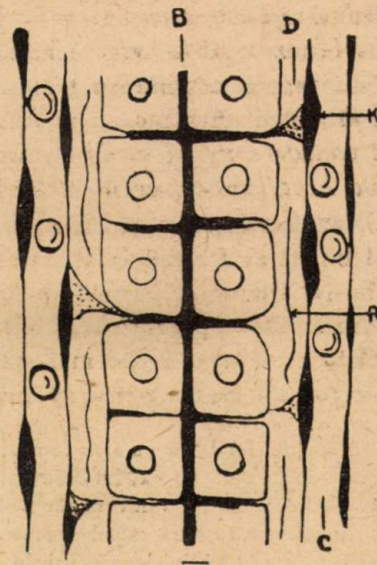


Fig. 7. — Schema personală a unei travee Remack cu comunicațiile capilarelor biliare fie direct cu spațiul lui Disse, fie cu prelungirile celulelor lui Kupffer. B = canalicul biliar; C = capilarul sanguin; D = spațiul lui Disse; K = celula Kupffer; R = fibrele reticulare (Gitterfasser).

În stare patologică comunicarea între spațiul pericapilar al lui Disse și caniculul biliar apare net și autorii sunt unanimi în a o menționa adăugând că ea survine ca urmare la o ruptură. Astfel ar fi cazul când e vorba de un lcter mecanic prelungit. Dar comunicarea ar putea să existe chiar la începutul acestuia, înainte chiar să albe loc ruptura. Astfel Ogata afirmă că această comunicare poate să existe fără ruptură și, anume, prin simpla augmentare a presiunii intra-canaliculare.¹⁾ Alături de aceste argumente fizio-patologice care vizează comunicarea dela canaliculul biliar către spațiul lui Disse, adică în sensul contrar curentului normal, există o experiență inversă care tinde să verifice existența unui curent dela capilarul sanguin către canaliculele biliare traversând spațiile lui Disse și trecând prin celulele hepatice. Dacă se injectează cu o presiune mai puternică vasele hepatice, peretele capilar se rupe și face să nască prin presiune asupra celulelor hepatice spațiul pericapilar al lui Disse. Lichidul poate să pătrundă apoi între celulele hepatice. Rezultă deci din faptele enunțate mai sus că, fie că există o comunicație directă între spațiul lui Disse și capilarul biliar, fie că există un contact direct între celulele lui Kupffer și canaliculele biliare, interpoziția celulei hepatice între mediul sanguin și curentul biliar nu mai apare ca inevitabilă și ca trebuind fatal să fie traversată de pigmenții biliari sau de materile care le dă naștere.

Teorie personală asupra mecanismului de apariție al icterului în cursul hepatitei.

Am făcut această incursiune în domeniul histologiei lobului ficatului și am ajuns la considerațiunile de mai sus, fiindcă mi s'a părut că o interpretare fizio-patologică satisfăcătoare a icterului prin hepatită nu putea să ne fie furnizată atâta vreme cât nu se putea admite teoria după care *secrețiunea pigmentilor biliari din bilă ar fi produsul unui proces de filtrație la nivelul peretelui capilar sanguin și de reabsorbție exercitată de celula hepatică asupra filtratului* (de-a-lungul spațiului lui Disse și a capilarului biliar).

Pigmenții biliari preformați în celula lui Kupffer ajung în spațiile lui Disse și în caniculul biliar împreună cu filtratul provenit din capilarul sanguin.²⁾ Pe măsură ce filtratul înaintează în spațiile de mai sus și în capilarele biliare, pigmenții sunt concentrați prin rezorpția

de apă pe care o exercită celula hepatică asupra filtratului. Se ajunge astfel la o concentrare de pigmenți vecină cu cea existentă în bila C.

Această interpretare a secreției pigmentare dispensează celula hepatică de sarcina formării acestel secrețiuni. Această teorie prezintă în sprijinul ei multe argumente de ordin fizio-patologic.

Mal întâi, în sens negativ, ea îndepărtează necesitatea invocată de teoriile clasice a comunicării patologice prin ruptură între canaliculul biliar și capilarele sanguine. Această comunicare ar fi în orice caz greu de pus în evidență pentru a explica apariția gălbănirii într'unele cazuri de icter cu integritatea anatomică a ficatului cum este cazul în spirochetoză. Acest fapt de altfel e coroborat de observațiile lui Ogata în care icterul poate să-și facă apariția înainte apariției alterațiilor anatomice. Dacă comunicarea prin ruptură canaliculo-interstițială sau canaliculo-limfatică sau canaliculo-sanguină ar fi indispensabilă și suficientă pentru ca să apară icterul, ar fi trebuit să observăm în clinică în cazurile de fistula biliară operative o scurgere vecină cu compoziția plasmelor sanguine, dacă ținem cont de diferența de presiune care trebuie să existe între sângele capilarului și căile biliare goale. Obstrucțiunea canaliculelor biliare prin trombusuri sau cilindri biliari, care ar fi putut să explice apariția icterului în cursul hepatitelor și lipsel acestel scurgeri în arborele biliar, nu este nici constantă nici eficientă așa cum au arătat-o Fiessinger și Laur.

Deversarea pigmentilor biliari în curentul circulator și apariția icterului ar fi datorită după teoria noastră imposibilității trecerii pigmentilor formați de celula lui Kupffer în arborele biliar. În icterul prin hepatită impledecarea fluxului biliar este datorită suspendării reabsorpției exercitate de celula hepatică indirect prin suspendarea reabsorbției apei.¹⁾

O probă de realitatea existenței reabsorbției ne este furnizată de trombusurile biliare din icterul mecanic. În cazurile de obstacol mecanic noi găsim o stază în canaliculele și capilarele biliare. Celula hepatică sănătoasă continuă să exercite reabsorbția un oarecare timp asupra bilei care normal nu atinge o mare concentrație în pigmenți la acest nivel. Ea ajunge astfel să producă o concentrare suficientă pentru a da imaginea intens colorate care se găsesc uneori și care sunt desemnate sub numele de trombusuri biliare.²⁾

De altă parte proba necesității reabsorbției pentru menținerea filtrației ne este furnizată de icterul prin hepatită. În acest caz filtrația diminuează sau încetează complet deoarece celula hepatică fiind bolnavă (înhi-

¹⁾ Se știe că spațiile lui Disse nu apar în mod evident decât în stările patologice când există un exudat suficient de important pentru a le dilata. Și totuși nu i-a venit nimănui ideea să vorbească în aceste cazuri de o ruptură sau destrămare.

²⁾ Filtrarea este favorizată printr-o permeabilitate foarte mare a capilarelor hepatice. Sângele care ajunge prin sistemul port este bogat în acid carbonic. Proporțiunea de apă este foarte ridicată, ceea ce diminuează presiunile osmotice și oncotice și crește presiunea hidrostatică. Astfel se explică filtrarea la nivelul capilarului sanguin hepatic (Roger, Traite de Physiologie T. III, p. 46).

¹⁾ Fără îndoială această reabsorbție se exercită și asupra altor elemente din filtrat: hidrați de carbune, aminocizi, etc.

²⁾ Pentru ca aceștia să ia naștere este necesar să coexiste un exudat albuminos.

Un antidiareic politrop în loc de măsuri medicamentoase multiple



Proprietatea de absorbție și puterea de dezinfectie a combinațiilor de cărbune, tanin sau medicamentelor similare, administrate per os sau rectal, se epuizează prea curând, „Aplona”, lipsită de inconvenientele mărului crud, întrunește însușirile unui medicament specific, cu acelea ale unui agent dietetic natural.

Ambalaj original: borcan de sticlă 100 g.

Aplona

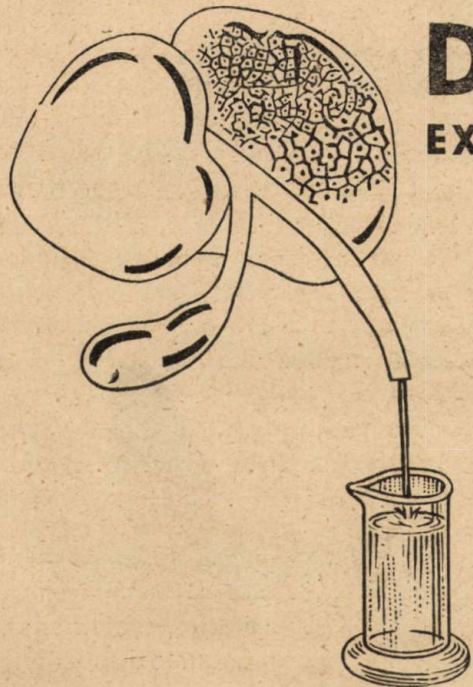
dieteticul medicamentos

dă consistență scaunului — desintoxică — regularizează peristaltismul intestinal.



„Rhenania” Pharmazeut. Abteilung der Kali-Chemie Aktiengesellschaft

Depozitari pentru România: Pharmag S. A. Brașov, Strada Regina Maria, 18.



DECHOLIN

EXPERIMENTAT ANI DE ZILE

COLERETIC

COLAGOG

DIURETIC



J. D. RIEDEL-E. DE HAËN, A.-G. BERLIN-BRITZ
REPREZENTANT PENTRU ROMÂNIA: RUDOLF FOREK
BUCUREȘTI 3, STR. G-RAL EREMA GRIGORESCU, 6

Sanatoriul St. Blasien

Altitudine 800 m.



Prospecte ilustrate gratuite.

Condițiuni climatice favorabile.

Climat curativ special.

Stabilimentul particular cel mai înalt
situat din Germania pentru

bolnavi de plămâni

într-o poziție privilegiată în regiunea sudică a
pădurii Schwarzwald.

COSTUL TRATAMENTULUI:

în camere pt. două persoane dela RM 9

în camere pentru o persoană dela RM 11

Medic Șef: **Profesor Dr. A. Bacmeister**

Medic Conducător: **Dr. A. Emmeler**
Chirurg

SANATORIUL ST. BLASIEN

Südl. Bad. Hochschwarzwald
Bahnhof Seebrugg (Deutschland)

LA GRIPĂ ȘI
TOATE CELELALTE
MALADII FEBRILE
DIN CAUZA RĂCELII

QUADRONAL

ANALGEZIC
ȘI
ANTIPIRETIC
verificat



TUB ă 10 TABLETE
TUB ă 20 TABLETE
ETUIS ă 6 TABLETE



ASTA AKTIENGESELLSCHAFT CHEM. FABRIK BRACKWEDE

Literatură și eșantioane vă stau
cu plăcere la dispoziție.

epozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R. ★ Strada Sf. Ionică No. 8 ★ BUCUREȘTI

bile funcțională sau alterație anatomică a celulei hepatice), reabsorpția exercitată asupra filtratului nu mai are loc. Aspirția cauzată indirect de această reabsorpție lipsind, filtrația la nivelul capilarului sanguin diminuează sau încetează. Consecutiv capilarele biliare sunt goale și scurgerea bilei diminuează sau încetează complet cu toate că nu există obstacol pe arborele biliar. Este interesant să semnalăm în favoarea teoriei suspensiei procesului de filtrare-reabsorpție că în aceste cazuri nu există trombusuri biliare care să poată fi interpretate drept cauze a opririi fluxului biliar.

În icterele mecanice ca și în icterele prin hepatită pigmentară formați de celulele lui Kupffer neputând să mai urmeze calea biliară sunt livrați direct în circulație și astfel la naștere icterul.

În favoarea acestei teorii se înscrie examenul secreției hepatice obținut printr-o fistulă veziculară. Astfel în cazurile de icter prin hepatită secrețiunea bilei este foarte redusă sau complet oprită. Concentrarea în pigment este și ea foarte redusă, neatingând uneori nici procentul bilirubinemiei normale. Se găsește în adevăr concentrația de 1 mgr. de bilirubină.¹⁾

Paradoxul existenței icterului cu ficatul lezat se explică ușor prin teoria suspendării filtrației-reabsorpției. Ajunge ca scurgerea să fie împiedicată prin deficiența sau oprirea reabsorpției la nivelul celulei hepatice bolnave, pentru ca filtrarea să diminueze sau să înceteze prin peretele capilarului sanguin. Pigmenții biliari formați de celula lui Kupffer vor fi astfel livrați direct în circulație și icterul apare fără să albe nevoie de intervenția celulei hepatice în pigmentogeneză sau de integritatea unei părți din celulele hepatice. Dacă ne amintim că în toate cazurile de icter celulele lui Kupffer sunt în bună stare nu vom fi mirați de apariția și de menținerea icterului atunci când celula hepatică este vizibil bolnavă.

Astfel suprimarea sau diminuția fluxului biliar în hepatite este datorită suprimării procesului de filtrare-reabsorbție. Apariția icterului în cursul unei hepatite este datorită persistenței funcționale a celulelor lui Kupffer și deversării pigmentilor în circulație fără a avea nevoie pentru aceasta de intervenția celulei hepatice.

Fiziopatologia ne furnizează două fapte quasi-experimentale care confirmă această ultimă afirmație. În primul, adică în maladia lui Rokitsky, există o destrucție quasi-totală a celulelor hepatice. În al doilea, adică în ciroza atrofică, există o suprimare foarte importantă a aparatului Kupfferian. Analiza icterului în aceste două afecțiuni este plină de interes.

¹⁾ Această diminuție a concentrației în pigmenti se explică prin diluția pigmentilor în secrețiunile canalelor hepatice și peretelui vezicular.

Se știe că în maladia lui Rokitsky unde e vorba de o destrucție rapidă și quasi-totală a celulelor hepatice icterul este, la început, foarte intens ceea ce ar fi inexplicabil judecând după teoriile clasice. Mai târziu el poate să diminueze sau chiar să dispară înaintea morții când această gravă boală atinge celulele lui Kupffer.

Pentru a explica apariția gălbănirii din icterul grav cu atrofie acută a ficatului s'au propus toate explicațiile posibile: Icter de origine hematogenă, catar al căilor biliare (Virchow), obstacolul în canaliculele biliare interlobulare prin desquamate epiteliale (Hoppe-Seyler). Eppinger crede că, comunicațiile capilarelor biliare cu spațiile limfatice favorizate de necroza celulară ar putea să favorizeze vărsarea bilei produse de celulele hepatice către spațiile limfatice. Totuși acest autor adaugă observația următoare care depărtându-se de explicația de mai sus se apropie de felul nostru de a concepe rolul hepatitelor în producerea icterului. „Deoarece în atrofia acută a ficatului este vorba mai ales de o distrugere a celulelor hepatice, în timp ce celulele lui Kupffer rămân încă intacte, o parte din icter le-ar fi datorită la început. Bilirubina formată de celulele lui Kupffer a cărui funcționare este intactă nu mai poate să fie transportată prin celulele hepatice alterate și este livrată direct de celulele lui Kupffer în spațiile celulare și de aici ea ajunge în capilarele sanguine și în spațiile limfatice; ceea ce nu cadrează cu această ipoteză, continuă acest autor, este existența bilirubinei directe în sânge”.¹⁾

Noi nu credem că existența bilirubinei directe în cazurile de icter grav poate să albe valoarea unui argument serios contra originii Kupfferiene a icterului. Ar fi de altfel greu să admitem că bilirubina directă își la originea din celula hepatică, căci în icterul grav ea este practic dispărută. Noi amintim de asemenea că H. v. den Bergh n'a emis decât o simplă ipoteză în favoarea originii hepatice a bilirubinei directe și, că de atunci нико probă peremptorie nu a fost adusă în favoarea acestui mod de a vedea. Noi am arătat în cartea noastră asupra icterelor motivele pentru care suntem tentați să credem în originea Kupfferiană a bilirubinei directe. Pentru cazul însă în care lectorul se îndoește de această origine, noi l-am invitat să facă abstracție un oarecare timp de argumentul bilirubinei directe, când este vorba de discuțiunile doctrinare privind pigmentogeneza și mai ales mecanismul de producere al icterului în cursul hepatitelor.

Revenind la icterul grav, se știe că gălbănirea în această maladie poate să fie regresivă și chiar să dispară pe măsură ce termenul fatal se apropie. Dacă ne amintim că icterul grav în forma sa tipică descrisă de Rokitsky, este o afecțiune foarte severă în care în puține zile și în mod succesiv sunt abolite toate

¹⁾ Eppinger. — Die Leberkrankheiten, 1937, p. 344.

funcțiunile organismului inclusiv aceea a sistemului reticulo-endotelial ale cărui elemente celulare se mențin un oarecare timp în bună stare, putem crede că diminuția sau dispariția finală a icterului este în relație cu atingerea lezională și inhibiția funcțională a sistemului reticulo-endotelial a cărui consecință este oprirea formării pigmentilor de celulele lui Kupffer. Fără această interpretare apariția, menținerea, sau dispariția gălbănirii în maladia lui Rokitansky ar fi foarte greu de explicat. Existența icterului este întâi datorită menținerii anatomice și funcționale a celulelor lui Kupffer în timp ce degenerescența și necroza celulelor hepatice sunt foarte avansate. Primele livrează pigmentii direct în sânge. Numai în cazul când se instalează o defalanță a sistemului Kupfferian, icterul pălește sau dispare complet, așa cum a fost cazul într-o observație a lui Mc Nee care într'un caz de atrofie acută a ficatului fără icter, a găsit degenerescența celulelor lui Kupffer.

În aceeași ordine de idei se înscrie faptul invers, adică distrugerea foarte întinsă, cu toate că mai puțin brutală, a rețelei capilare și a sistemului Kupfferian în cursul cirozelor atrofice. În aceste cazuri cu toate că există alături de regiunile de necroză și scleroză, altele cu celule hepatice în bună stare sau chiar hiperplaziate, icterul nu survine decât excepțional. În orice caz dacă apare va fi un icter foarte palid. Acest fapt nu merge cu concepția pe care și-au făcut-o o parte din cercetători asupra necesității insulelor de țesut sănătos alături de un teritoriu necrozat, pentru a face să apară icterul. Dacă se examinează fluxul biliar în aceste cazuri nu se găsește decât o bilă hipoconcentrată. În aceste cazuri este atins sistemul Kupfferian și vascular în general. Producerea bilirubinei este global diminuată, sistemul Kupfferian fiind anatomic și funcțional redus.

Intensitatea fluxului biliar și al icterului în cursul hepatitelor este regulată de raportul următor:

$$\frac{\text{activitatea funcțională a celulei lui Kupffer}}{\text{activitatea funcțională a celulei hepatice}}$$

fiind bine înțeles că număratorul condiționează producerea pigmentilor biliari și numărul fluxul biliar. Această interpretare explică condițiile de apariție a diferitelor forme de icter (în afară de cele datorite unui obstacol mecanic sau funcțional). În același timp ea explică absența sau mica importanță a icterului în cursul unor ciroze mai ales în ciroza lui Laennec.¹⁾ Dacă la stânga acestui raport se notează fluxul biliar normal cu cifra 10 și la dreapta sa, colorația normală a pleii cu aceeași cifră, găsim formulele următoare care pot să explice variațiile de intensitate ale icterului în diferitele stări patologice și să le dea sugestiuni privind starea

respectivă a sistemului Kupfferian și a sistemului celular nobil al ficatului.

a) Dacă raportul prezintă cifra 10 la dreapta sa, adică o colorație normală a pleii și o cifră mai mică la stânga sa, adică o hipocholie, se poate conchide că e vorba de o diminuție funcțională echilibrată a sistemului Kupfferian și a parenchimului hepatic nobil. Este cazul aproape constant al cirozelor atrofice:

$$7 \frac{\text{activitatea funcțională a c. Kupffer}}{\text{activitatea funcțională a c. hepatice}} 10$$

b) Diminuția izolată și foarte accentuată a factorului din stânga poate să ne facă să ne gândim la acholia pigmentară.

c) Dacă există o hipocholie, adică o cifră sub unitate la stânga și, la dreapta, o cifră deasupra unității, adică apariția unui ușor icter,

$$4 \frac{a. f. c. K.}{a. f. c. h.} 20$$

e vorba de sigur de apariția unui icter în cursul unei ciroze atrofice prin ruptura echilibrului raportului și mai ales prin atingerea acută suplimentară a numărului, adică a celulei hepatice.

d) Dacă variațiunile de mai sus se accentuează, coeficientul de la dreapta crește considerabil (apariția unui icter franc) și cel din stânga diminuează și mai mult, atunci avem cazul obișnuit al hepatitelor icterigene, între care se pot clasa unele cazuri de icter de tip cataral.

$$2 \frac{a. f. c. K.}{a. f. c. h.} 100$$

Icterul franc atestă integritatea sistemului Kupfferian și coeficientul redus al fluxului biliar atestă deficiența sistemului celular nobil, adică a celulelor hepatice.

e) Dacă coeficientul din stânga e crescut (hipercolie), în timp ce

$$20 \frac{a. f. c. K.}{a. f. c. h.} 10$$

acel din dreapta rămâne normal, e vorba de o hiperactivitate echilibrată a termenilor raportului care se întâlnește în cursul hiperhemolizelor fără icter.

f) Dacă cei doi coeficienți sunt crescuți, există un icter prin hiperhemoliză decompensată.

$$20 \frac{a. f. c. K.}{a. f. c. h.} 40$$

Supraactivitatea sistemului Kupfferian și reticulo-endotelial în general depășește în intensitate supraactivitatea sistemului celular nobil al ficatului. Este cazul întâlnit în icterul hemolitic.

Această interpretare, deși schematică, explică totuși bine pentru ce într'unele hepatite poate să existe gălbănare și pentru ce în altele nu există. Ea ne dă po-

¹⁾ Vezi cartea noastră: Les Ictères. — 1943. 1 vol. 183 p.

stabilitatea să discernem între ceea ce revine sistemului Kupfferian și celulei hepatice în apariția, intensitatea și evoluția unui icter de origine hepatică sau hematogenă. Explorarea secreției biliare și curba icterometrică, me-

tode de explorare asupra cărora noi am insistat în cartea noastră, sunt indispensabile pentru a discerne între ceea ce revine celulei lui Kupffer și celulei hepatice în apariția unui icter.

Polinevrită disenterică

— Considerațiuni în legătură cu un caz —

de

Dr. O. Fodor

Coafectarea sistemului nervos în disenterie este cunoscută. Goer observă la copiii bolnavi de disenterie în Viena fenomene nervoase meningo-corticale și periferice, într-o proporție de peste 50%. Kramar constată mai ales în formele cu bacili Shiga complicațiunile nervoase. Roelke descrie fenomene din partea sistemului nervos central. Van der Drift publică un caz de melleită disenterică. Complicațiunile nervoase periferice sunt mult mai rare. Astfel Krieger din 127 cazuri de disenterie observate în timpul războiului din Polonia, relatează un singur caz cu polinevrită.

În cursul verii trecute am avut ocazie să observăm un caz de disenterie care în perioada de debut a bolii a prezentat fenomene cerebrale iar spre sfârșit, un sindrom polinevritic foarte grav, pentru care se găsește în prezent încă sub observația și tratamentul nostru.

Bolnava D. E. 22 ani. La vârsta de 8 ani a suferit de malarie. În ultimii ani scaun neregulat, constipație, alternând cu faze de diaree. În ultimele luni înainte de îmbolnăvire a fost surmenată fizic și intelectual. Alimentația insuficientă. În localitatea de unde vine sunt bolnavi cu disenterie.

Boala pentru care se internează datează de 3 săptămâni, a început cu febră, turburări de vedere, iar a doua zi are convulsii tonico-clonice generalizate și mișcări ritmice ale capului în spre partea stângă. Aceste fenomene s-au repetat de câteva ori și în zilele următoare. În timpul dintre accese partea stângă a corpului era paralizată. Simultan cu aceste fenomene are vărsături, dureri difuze abdominale, tenesme și scaune lichide câte 10—15 la zi, în primele zile cu mucus după aceea cu puroiu și sânge.

La internare bolnava prezenta o stare de adinamie foarte pronunțată. Tegumentele palide teroase, uscate. Tesutul celular subcutanat foarte mult redus, cel muscular de asemenea. Din partea aparatului respirator relațiunile normale. Sgomotele cardiace mai surde, pulsul tahicardic (140), menținându-se timp de 6 săptămâni. Tensiune art. 10—7. Ficatul și splina nu sunt mărite. Abdomenul escavat, cadaveric. Punctele paraombilicale și

fosa iliacă stg. sensibile. Urina: A. P. Z. = negative. R. Wassermann în sânge și lichidul cefalo-rachidian negative. Sucul gastric: aciditățile după dejunul de probă, HCL: 0, A. T.: 8.

În primele două săptămâni de internare are câte 8—12 scaune la zi, formate exclusiv din mucus, puroiu și sânge. Este din ce în ce mai adinamică, nu se alimentează. Se fac clisme alimentare și injecții cu glucoză și ser hipertonic. Hipodermoclize, injecții Cortenil.

În ziua 40-a dela debutul bolii, acuză dureri foarte accentuate în masele musculare ale extremităților, la cea mai mică mișcare activă sau pasivă, și mai cu seamă la presiune. Nu poate suporta greutatea unui cearceaf cu care este acoperită, are furnicături și senzația de arsuri mai ales în gambe. În zilele următoare se instalează progresiv o tetraplegie care a debutat la membrele inferioare. La puncția rachidiană lichidul cefalo-rachidian este clar, reacția Pandy și Nonne-Appelt negative, Fuchs-Rosenthal: 4 leucocite.

Turburările de motilitate ale membrilor devin tot mai accentuate, cele de sensibilitate încep să regreseze. Se face un examen neurologic (D-l Dr. T. Dragomir): Bolnava zace în pat cu membrele inferioare în extensie și rotație externă, piciorul fiind în flexiune și ușor varus equin. Membrele superioare sunt ținute cu brațele în semilabducție, antebrațul în atitudine intermediară între pronație și supinație, mâna ușor flectată, degetele în ușoară flexiune mai pronunțate în ultimele 2 segmente cu policele în opozițiune, cu ultima falangă în flexiune, culcată pe falanga ultimă a indexului. Se constată o atrofi musculară globală a musculaturii extremităților. Articulațiile membrilor sunt foarte descarnate și scoase în relief; mușchii care se inseră pe aceste articulații sunt aproape inexistenți, așa încât dacă palpăm spre ex. marele deltoid, abia putem prinde între degete un mic fasciculus muscular. Brațele au un aspect atrofic pe toată întinderea lor. Antebrațele de asemenea descarnate, încât nu mai există din mușchii ce se inseră aici decât un slab fasciculus. Putem palpa conturul radiului și al cubitului. Musculatura tenară cât și ipotenară la

fel și interesorii sunt foarte reduși. Mușchii coapselor îl putem cuprinde cu mâna, mușchii anteriori și posteriori ai gambelor sunt la fel foarte reduși la volum. La palpare și mai ales dacă aplicăm o mică presiune asupra maselor musculare, acuză dureri foarte mari. Chiar și presiunea asupra oaselor (asupra femurului și a umerusului) este dureroasă. Conracțiunile musculare foarte slabe, abia vizibile.

Sclaficul popliteu extern reacționează la un curent faradic de lungime de 5 cm. cu o contracție destul de bună. La fel sclaficul popliteu intern. Gemenul intern și extern la maximum de curent, abia reacționează. La 6 cm. de bobină reacționează destul de bine. Mușchii antero-externi ai gambelor reacționează foarte slab, numai la maximum de intensitate de curent. Pediosul reacționează mai bine. Mușchii coapselor în special vastul intern reacționează foarte slab, nu este vizibil ci numai se palpează. Nervul crural nu reacționează la curent faradic, reacționează puțin la curentul galvanic de 30 ma. la negativ; la 25 ma. contracțiunea este mai rapidă la negativ, ceea ce denotă că nu este o degenerescență, putând întrevede un prognostic mai bun. Nervul radial, nu reacționează, cel cubital și median reacționează. Mușchii flexori reacționează, cei extensori nu, ci numai difuzează contracțiunile. Reacționează: mușchii tenari flexorii, hipotenarii, trapezul, punctul lui Erb, sternocleidomastoidianul, nervul facial, și mușchii inervați de el, marele pectoral. Nu reacționează: extensorii, deltoidul, bicepsul. La dreapta și la stânga la fel.

Motilitatea: din cauza paralizilor și atrofiei musculare nu se poate ridica; nu poate ridica membrele superioare nici cele inferioare, nu le poate deplasa de la nivelul patului. Următoarele mișcări se produc: abducția brațelor în măsură limitată, mai bine la stânga până la 40°. Flexiunea antebrățelor pe braț nu se face. Pronația și supinația se execută destul de bine. Flexiunea mâinii o poate executa până aproape de normal. Extensiunea este absentă, la fel și a degetelor. Strângerea mâinii în pumn aproape normală. Mâna lăsată în jos cade. Flexiunea genunchilor se face cam $\frac{1}{3}$ din normal. Mișcările articulațiilor tibio-tarsiene sunt păstrate, la fel mișcările degetelor de la picior. Reflexele abolite la ambele membre. Sensibilitatea superficială și profundă perfect păstrată.

Se institue un tratament cu vitamină B₁ și acid aminonicotinic, prostiglină, cortenil. Tonice generale. Transfuzii de sânge, faradizări pe extremități. Tetraplegia completă se menține timp de aproximativ 2 luni, în care vreme se instalează o atrofie musculară extremă musculatura fiind redusă la simple cordoane care se palpează sub piele, cu tot tratamentul fizioterapeutic prin masaj și electricitate.

Cam la 4 luni de la începutul bolii încep să se prezinte primele mișcări întâi la membrele superioare,

apare la început flexiunea antebrățelor; progresiv și la membrele inferioare apărând întâi mișcările de flexiune a coapselor și a gambelor. Mișcările de extensiune reapar mult mai încet.

Cazul nostru a prezentat turburări nervoase corticale — fenomene observate destul de des — așa cum am amintit la început, mai ales la copil și în formele toxice cu bacili Shiga. Ceea ce prezintă însă boala noastră ca raritate, este sindromul *polinevritic* foarte grav.

Nevrite postdysenterice sunt destul de frecvent amintite în literatură, de către *Stock, Grober, Leyden, Pugibet* și mai cu seamă *Bittorf*, fiind mai frecvente nevrita radială, cubitală, sau ischiatrică. *Schittenhelm* amintește un caz care a evoluat cu paralizile radiale și sindrom Landry. *Polinevrita* însă, se observă foarte rar. Ca formă clinică se descrie mai cu seamă cea senzitivo-motorie.

Polinevrita disenterică debutează ca toate polinevritele infecțioase, în perioada de remisiune a fenomenelor clinice sau chiar în convalescență. Debutul și înfrinderea fenomenelor polinevritice sunt rapide.

Sindromul apare în bolile infecțioase mai cu seamă în cele ale căror agenți patogeni produc o exotoxină. Pentru producerea lui ar fi necesară pe lângă prezența toxinei microbiene și o carență în vitamina B₁, în mai mică măsură B₂ și A. Mai de mult se încredința o acțiune directă a toxinei microbiene asupra fibrelor nervoase. Condiția însă pentru ca el să se desvolte ar fi o diminuare a vitaminei antinevritice. A — sau ipovitaminoză nu trebuie să fie neapărat prin carența alimentară ca în Berl-Berl, ci poate fi provocată și de un dezechilibru în absorbția vitaminei datorită unor suferințe organice provocate de boala infecțioasă respectivă sau boala infecțioasă evoluând pe un organism anterior deficitar. *Chevalier* constată și o carență în vitamina A în cazurile de polinevrită, pielea uscată, și descuamația ei fiind caracteristice, fenomen care l-am observat în grad accentuat și la boala noastră. *Caccionti* și *Pissaneli* observă apariția polinevritel mai mult iarna și primăvara, anotimpurile caracteristice ipovitaminozelor.

Boala noastră prezintă de mulți ani fenomene de enterocolită, în ultimele luni înainte de îmbolnăvire a fost subalimentată, iar disenteria în sine este o boală cu suferințe serioase și uneori definitive ale tubului digestiv. Amintim numai aclorhidria definitivă care se instalează destul de rapid de la debutul bolii, aclorhidria pe care o prezintă și boala noastră. Deci, împrejurări favorabile pentru prezentarea unui teren în carență vitaminică. Acestul teren i s'a adăugat disenteria cu caracter toxic — fenomenele nervoase de la debut, originea cazului dintr-o epidemie cu mai multe cazuri mortale — încât instalarea sindromului polinevritic este justificată.

BRONCHISAN

Asthma-Tabletten



Mijloc sigur pentru
tratamentul peroral
și prevenirea ac-
ceselor de asthm.

ATMOS-GESELLSCHAFT FRITZSCHING & CO., MANNHEIM-WALDHOF

Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu 6.



Calcifix

INTRAMUSCULAR · INTRAVENOS

GLUCONAT DE CALCIU... 5 %
LEVULINAT DE CALCIU... 5 %
CLORHYDR. DE CHOLINĂ 0,50 %

FIOLE a 5 și 10 cc.
Laboratoarele „GAMMA”

OVOCALCIUM

GYNOFOLIN + GLUCONAT DE CALCIU

Turburări de insuficiență ovariană, anovarii congenitale, sau câștigate, menopauză precoce sau fiziologică.

Cutii cu 6 fiole a 5 cmc. pentru inj. intramusculare. Una fiolă la 2 zile.
Flacoane cu 35 comprimate a 0,35 gr. pentru uzul intern, 3—4 pe zi.



Antiartritic

Antireumatic



Fiole

Picături

Reprezentanța pentru România: „S. I. F.” s. a. r. București IV, Str. Avram Iancu 32

Prognosticul pollnevritelor q. v. este bun, afară de cazurile care evoluează cu fenomene bulbare. Cazul descris a prezentat o tachicardie timp de câteva săptămâni în jurul a 140, fenomen care a dat o notă de gravitate în plus cazului. *Walther* consideră însă tachicardia ca un fenomen allergic din grupul fenomenelor care apar în perioada de convalescență, cum sunt urticaria, puseul de febră „*Nachfieber*”, pollnevrita și reumatismul disenteric. Pollnevritele alergice sunt de altfel cunoscute după administrarea de seruri. *Störing* descrie un sindrom pollnevritic destul de grav care apare a 14-a zi după injectia de ser antistreptococic. Prognosticul q. s. este în general bun, cu condiția ca bolnavul să fie bine supravegheat, să intervină cu tratamentul fizioterapeutic la momentul oportun, pentru împledecarea constituirii sechelelor, atrofii musculare, retracțiunii.

Dela livrea semnelor de pollnevrită noi am administrat Vitamina B₁, acid aminonicotinic, extracte hepatice, prostigmină, transfuzii de sânge, și faradizări cu rezultat multumitor față de gravitatea cazului. Fenomenele pollnevritice au și cedat, anchiloze nu s'au produs. Bolnavul trebuie ținut cu membrele într-o poziție bună pentru a evita atitudinile vicioase și retracțiunile tendinose ulterioare. Cuverturile să nu-l apese extremitățile inferioare.

Atrofiile musculare foarte pronunțate își revin mai încet, însă se observă o lentă evoluție spre bine prin procedeele fizioterapeutice.

Cazul nostru merită să fie cunoscut din următoarele motive:

1. Raritatea pollnevritelor postdisenterice,
2. Extinderea fenomenelor pollnevritice în cazul nostru asupra tuturor nervilor periferici a membrilor
3. Fenomenele pollnevritice nu interesează nervii cranieni.

CLINICA MEDICALĂ I, DIN CLUJ-SIBIU

Director, Profesor Dr. Iuliu Hațieganu.

RÉSUMÉ

La polynévrite dysentérique

L'auteur décrit un syndrome polyneuropathique, qui est survenu dans le 40-e jour d'une dysenterie chez une femme qui souffrait depuis longtemps d'entérocolite. Le syndrome polyneuropathique a évolué sous une forme sensitive et motrice très grave, avec tétraplégie. Cette situation grave a duré 4 mois, pendant ce temps s'est installée aussi une atrophie musculaire extrême. Les phénomènes polyneuropathiques évoluèrent après, vers la guérison.

ZUSAMMENFASSUNG

Dysenterische Polyneuritis

Es wird ein polyneuritisches Syndrom beschrieben, das sich am 40-ten Tage einer Ruhr bei einer lange vorher an Enterocolitis leidenden Patientin eingestellt hat. Das polyneuritische Syndrom ist schwer, gibt motorische und Sensibilitätsstörungen und eine Lähmung der 4 Gliedmassen. Es dauert 4 Monate, in welcher Zeit eine äusserst starke Atrophie der Muskulatur auftritt. Das polyneuritische Syndrom geht der Heilung entgegen, die Muskelatrophie wird behandelt und bessert sich fortschreitend.

Flegmon al peretelui abdominal

Dr. Todea Corneliu
medic primar

de
și

Dr. Pelea Ion
medic secundar

Diagnosticul de flegmon al peretelui abdominal se pune mai des într'un serviciu de chirurgie. Cazul, pe care l-am observat și pe care îl vom descrie, este interesant ca localizare, ca simptomatologie și ca evoluție clinică.

În luna Februarie 1942, se prezintă în secția medicală a Spitalului, tânărul M. V., în etate de 21 ani din comuna Luna, jud. Cluj—Turda și acuză dureri violente în etajul superior abdominal, însoțite de grețuri și vărsături. Febricitatea de 4 săptămâni. A fost consultat de medic, stabilindu-i un sindrom tifoid, care însă nu s'a confirmat. Ceea ce îl supără foarte mult pe bolnav, pe lângă simptomele descrise, este o constipație rebelă, care nu se poate combate decât prin clisme. La internare, temperatura oscilează între 38—39°. Acasă, bolnavul spune că temperatura oscila foarte mult și totdeauna seara trecea peste 39°. Transpira profuz. Este foarte dinamic și slăbit. Colorația tegumentelor este palidă, murdară.

La examenul obiectiv, se constată următoarele: este vorba de un individ de o constituție corespunzătoare vârstei. Țesutul celulo-adipos este mai diminuat.

Aparatul cardio-vascular este intact.

Pulmonul, ascultatoric și percutoric, nu prezintă elemente patologice. Numărul respirațiilor este mai frecvent, iar pulsul este tachicardic — 120 —, corespunzător temperaturii pe care o prezintă.

La examenul abdominal: la inspecție se constată o bombare evidentă a etajului superior abdominal, cu deosebire regiunea care interesează epigastrul și hipocondrul drept. La o palpație mai atentă, se poate net delimita o rezistență elastică de mărimea unei portocale și care la atingere este extrem de sensibilă. Îți face impresia că ia parte la mișcările respiratorii, acestea însă sunt foarte diminuate din cauza durerii.

Clinicește vorbind, aceasta tumoră îți face impresia că formează parte integrantă cu ficatul. În rest, asupra cavității abdominale, nu se constată nicio formațiune patologică, iar la palpare nu acuză nicio sensibilitate.

Aparatul uro-genital este indemn. În urină nu se constată elemente anormale.

Sistemul nervos central și periferic reacționează în mod normal. Reflexele oculo-motorii sunt bune.

Conduita clinică în fața acestui caz, a fost expectativă de 1—2 zile, pentru o stabilire precisă a unui diagnostic.

În antecedentele acestui tânăr țigan, atât heredo-colaterale, cât și personale, nu se remarcă nimic demn de amintit. Neagă bolile infecto-contagioase, acute și cele venerice. Nu prezintă stigmat de eredo-sifilis. Se aplică pungă cu gheață pe regiunea superioară abdominală, iar la interior se administrează sulfamid (rubiazol) și injecții cu urotropină i. v. La o zi două după acest tratament, se observă că starea generală este mai bună, iar la nivelul rezistenței din epigastru se remarcă o delimitare mai precisă. Iar la palpație parcă regiunea fructuează ușor. Temperatura se menține însă cu caracter oscilator, dimineața având 37°, iar seara 39°, fără însă să aibă repercusiuni prea mari asupra stării generale. A 4-a zi a internării în serviciul nostru, spre surprindere, se observă că rezistența în punctul său culminant, ia o colorație galbenă, ușor cianotică și fluctuează foarte mult.

În fața acestui tablou clinic, ne gândim la o colecție a unui proces abdominal încă nebine definit. I se face numerotarea globulelor albe și se constată că acestea sunt considerabil sporite, având 19.000/mm³. Se practică o puncție exploratoare și se obține un lichid hemoragic, purulent. Bolnavul este transpus în secția chirurgicală cu diagnosticul de abces al peretelui abdominal. La intervenția chirurgicală, de fapt se confirmă diagnosticul nostru clinic, constatându-se o pungă de puroi, difuzată între fibrele mușchului drept abdominal. Plaga este drenată. Starea generală din zi în zi se ameliorează, ca după 3 săptămâni să părăsească serviciul chirurgical, vindecăt.

Partea cea mai interesantă și instructivă este diagnosticul diferențial, care nu se poate face în acest caz.

În faza infiltrativă, ce precede colectarea, diagnosticul se suprapune cu al unei sepțicemii, încât diagnosticul de sindron tiflic, stabilit de primul său medic consultant, a corespuns situației date.

În faza colectării, sau mai precis zis, faza tumorii inflamatorii, trebuie să ne gândim la o serie de procese patologice, care interesează regiunea în care se dezvoltă.

Procese inflamatorii supurative, care se petrec în ficat, așa abcesul hepatic, pot veni în discuție, însă aici starea septică este cu mult mai gravă, starea generală mai profund alterată, iar la palpație tumora este mai profundă și intru câtva la parte la mișcările respiratorii.

Mal poate veni în discuție o tumoră tip Hausmann, de natură sifilitică, care și ea este mai profundă, mai deseori retroperitoneală, însă este foarte dureroasă și cu o stare generală relativ puțin alterată, iar temperatura nu prezintă oscilații extreme.

Tuberculoza și limfogranulomatoza pot și ele interesa ganglionii și organele din această regiune, însă găsim în același timp o coafectare a plămânului și a sistemului ganglionar din altă parte.

Tumorile benigne ale acestel regiuni se pot exclude prin faptul că acestea evoluează fără febră și cu o stare generală relativ bună. Între acestea foarte frecvente sunt fibromele. Mai rare, chistele seroase, lipomele și teratoamele. Acestea de regulă sunt unilaterale și nclodată mediane. Se dezvoltă mai ales în regiunea marilor drepti și în plin perete. Sunt încapsulate, mobile în perete și nu i-au parte la mișcările respiratorii. Mal poate veni în discuție un epiploceol intraparietal sau paraparietal, sau chist hidatic subseros.

Tumorile maligne ale ficatului, pancreasului, stomacului, pot veni în combinație, însă ele sunt mai mult apanajul vârstei înaintate, iar în fața tumorii au deja repercusiuni adânci asupra stării generale, ducând bolnavul la cașecle.

Etiologia abceselor peretelui abdominal este variată. Pot fi localizări ale diferitelor boli infecțioase, apărând de ex. în decursul sau după o febră tifoidă, amigdalite infecțioase și deseori pot surveni în legătură cu traumatisme ale regiunii.

Evoluția clinică este relativ de scurtă durată. În 1—2 săptămâni, procesul ajunge la colecție. În cazul nostru procesul a avut o evoluție lentă cu o durată de 5 săptămâni.

Într'un serviciu medical, diagnosticul de abces al peretelui abdominal, se pune extrem de rar. Motivele pentru care relatăm acest caz, sunt considerațiile pe care le-am făcut pe marginea diagnosticului diferențial.

SPITALUL DE STAT TURDA

Bibliografie

- Academia de Medicină: Probleme de Medicină de războiu.
R. Bensaude: Maladies de l'intestin.
Ed. Enriquez: Nouveau traité de pathologie interne.
Rene A. Gutman: Les syndromes douloureux de la région épigastrique.
Hațieganu și Goia: Elemente de semiologie și patologie medicală.
H. Mondor: Diagnostics urgents.
L. Ramond: Conférences de clinique médicale pratique.
Schinz—Friedl: Lehrbuch der Roentgendiagnostik.
Otto Nordmann: Die Chirurgie.

RESUMÉ

Phlegmon du paroi abdominale

On décrit un cas peu habitué d'un phlegmon des parois de l'abdomen, avec une évolution assez longue depuis 5 semaines. On insiste sur le diagnostic différentiel, lequel pendant l'époque d'infiltration est assez difficile ce que nous oblige à mettre en discussion une série entière des maladies, lesquelles intéressent les organes intra- et péritonéales.

ZUSAMMENFASSUNG

Leibwandphlegmone

Man beschreibt ein selten Fall einer Leibwandphlegmone mit einer langen Entwicklung von 5 Wochen. Man beharrt auf die Differentialdiagnose welche in der Infiltrationsperiode ziemlich schwer ist; es müssen eine ganze Reihe Krankheitsfälle in Besprechung genommen werden, welche die intra- und peritonealen Organe interessieren.

Conservarea sângelui de om și utilizarea lui pentru transfuzii

(Tehnica Institutului de Fiziologie al Facultății de Medicină din Cluj-Sibiu)

de

Prof. Dr. Grigore Benetato, E. Oprean, Dr. T. Agârbicescu și Dr. T. Tudoraș

(Continuare din Nr. 3)

Partea IV-a

A) Utilizarea sângelui conservat

Procedeu de transfuzie cu sânge conservat este în faza de experimentare.

Primele încercări de aplicare largă a acestui procedeu făcute în Rusia în anii 1932—1935 și la începutul războiului civil din Spania s'au soldat cu numeroase accidente, dintre care unele mortale.

În urma impresiei nefavorabile lăsate de primele încercări, atenția medicilor a fost îndreptată mai mult asupra pericolului pe care-l prezintă procedeu cu sânge conservat, care a fost considerat în consecință ca fiind cu mult inferior celorlalte procedee și recomandat numai la nevoie, în condiții speciale (serviciile spitalicești din zonele de operații, transfuzii urgente etc.).

Cercetările experimentale și clinice care au urmat au arătat că accidentele provocate de acest sânge pot fi evitate prin întrebunțarea unei tehnice potrivite de conservare, că pericolul transfuziilor cu sânge conservat a fost exagerat, iar acțiunea terapeutică subestimată.

În plus, procedeu sângelui conservat prezintă o serie de avantaje cum ar fi, de exemplu, independența totală între donator și primitor, posibilitatea de utilizare a sângelui donatorilor ocazionali (hipertensivi, sânge placentar) și de formarea depozitelor de unde sângele poate fi transportat cu multă ușurință oriunde (formații sanitare din zonele de operații militare, locul accidentului) și întrebunțat oricând pentru transfuzii urgente (atac aerian, accidente nocturne, transfuzie pe masa de operații la bolnavi sub narcoză etc.).

a) Considerațiuni generale asupra acțiunii terapeutice a transfuziilor.

Acțiunea terapeutică a sângelui conservat și a transfuziilor în general este puțin lămurită.

În principiu transfuzia a fost asemănată cu transplantarea homoplastică (*Habelmann*), adică cu grefarea unui țesut străin organismului, provenind de la un individ de aceeași specie.

Intrădevar, atât homotransplantul tisular cât și cel sanghin exercită un efect de substituție și în același timp declanșează o serie de reacțiuni prin care organismul primitorului tinde să-și restabilească „personalitatea organică” amenințată.

Dela început trebuie să remarcăm că asemănarea între acțiunea biologică a homotransplantării și a transfuziei este mai puțin de ordin general, efectul de substituție și reacțiile declanșate de transfuzii fiind întrucâtva deosebite de cele provocate de grefare homoplastică.

Activitatea metabolică a celulelor din grefonul tisular încetează în momentul când acesta este smuls din organismul donatorului și irigația lui se întrerupe.

Dar chiar dacă irigația grefonului se păstrează, acesta având o diferențiere structurală și funcțională foarte avansată, nu se poate încadra fiziologic în mediul nou și este distrus de organismul gazdei, transformându-se într'un țesut cicatricial, care joacă un rol mecanic (grefe palpebrale, tendinoase, osoase etc.).

Pe lângă acțiunea de substituție, unele grefoane tisulare reprezintă și un material de substituție, cum ar fi de exemplu țesutul endoglandular, care resorbându-se eliberează hormoni, sau țesutul osos, care prin materialul rezultat din dezagregarea lui stimulează consolidarea osului pe care a fost grefat. După cum se vede, încadrarea homotransplantului tisular în organismul primitorului începe în momentul când se face dezagregarea grefonului, fiind mai mult mecanică decât funcțională.

În ce privește reacția declanșată de homotransplantare, ea este limitată, fiind localizată în regiunea în care s'a fixat grefonul.

Cu totul altfel stau lucrurile în cazul transfuziei.

Grefonul sanghin, spre deosebire de cel tisular, se pretează la o adevărată substituție funcțională, încadrându-se funcțional în organismul gazdei. Încadrarea funcțională a grefonului sanghin se face prin hematiliile care sunt bine tolerate de organismul primitorului și în parte prin plasma sanghină.

Intrădevar, cercetările făcute pe animale și om (*Rohr, Willenegger*) au dovedit că hematiliile donatorului persistă timp îndelungat în organismul gazdei (3—18 săptămâni).

Toleranța atât de largă a primitorului pentru hematiliile străine s'ar explica prin particularitățile lor structurale și funcționale, cum ar fi de exemplu, lipsa nucleului, care ar reprezenta suportul morfologic al individualității celulare și caracterul funcțiilor lor, care deși este bine diferențiat, totuși se reduce la procese fizico-chimice.

Astfel, datorită calităților lor morfologice și funcționale speciale, globulele roșii nu reprezintă pentru individualitatea organică și funcțională a organismului primitor o amenințare imediată. În schimb celulele sanghine nucleate (leucocite, eritrocite tinere), din cauza personalității lor structurale și funcționale bine exprimate nu se pretează la simbioză.

De fapt ele se distrug cu cea mai mare ușurință nu numai în organismul primitorului, dar chiar „in vitro” în contact cu serul sanghin străin, fapt ce poate fi constatat observând sub microscop amestecul de elemente sanghine nucleate și ser străin.

Și reacția declanșată de transfuzie se deosebește de cea provocată de homotransplantare tisulară.

În cazul transfuziei grefonul sanghin fixându-se pe aparatul circulator, vine în contact, prin intermediul acestuia, cu toate țesuturile, provocând o reacție la care participă nu numai sângele, dar și toate organele gazdel. Schematic distingem în reacția declanșată de transfuzie două faze: imediată și tardivă.

Faza imediată constă în reacția îndreptată împotriva elementelor figurate cu tendința de a le elimina.

Efectul acestor reacțiuni se evidențiază deosebit în cazurile de nepotrivire de grup, când numărul mare al „elementelor netolerate” (hematii incompatibile) și concentrația produsilor de distrugere ridicată, fac ca „reacția de apărare” a organismului să ia un caracter furtunos, manifestându-se cliniceste prin tabloul dramatic al șocului hemolitic.

În mod obișnuit însă, adică în caz de compatibilitate între grupa donatorului și a receptorului, reacția organismului receptor se îndreaptă contra elementelor sanghine purtătoare de nucleu sau de resturi nucleare (leucocite, trombocite), care fiind mai reduse ca număr declanșează o reacție mai puțin sgomotoasă.

Clinic această fază a reacției se traduce prin accidente transfuziei.

De altfel accidentele consecutive transfuziei sunt datorite și reacției declanșate și de proteinele sângelui.

Faza tardivă a reacțiilor de după transfuzie poate fi considerată ca un ecou îndepărtat al primei faze. Ea se datorește produsilor rezultați din distrugerea elementelor figurate străine și în general proteinelor din plasma transfuzată și constă în tendința organismului primitor de a restabili structura sângelui propriu și „individualitatea organică” în general.

Cliniceste ea se manifestă prin stimularea eritropoiezii și activarea mijloacelor de apărare a organismului (stimularea funcțiunii tiroidei, sistemului simpatic și a fagocitozei).

După cum se vede, prezența grefonului sanghin alarmează organismul primitorului în așa măsură încât acesta își mobilizează toate mijloacele de apărare.

Se pare că efectul transfuziei constă nu numai în potențarea mijloacelor de apărare, dar și în modificarea felului de reacție a sistemelor de apărare.

Organismul primitorului, în tendința sa de a reface „personalitatea organică” amenințată prin prezența grefonului, își îndreaptă mijloacele de apărare, activate prin transfuzie, nu numai împotriva grefonului, dar și în contra factorului morbid, și astfel se realizează efectul cunoscut în literatura germană sub numele de „Umsimmung”.

Acesta poate fi numit și efectul de *reacordare*, constând din trecerea proceselor de coordonare a apărării de pe un plan morbid pe un plan nou.

b) Transfuzia cu sânge conservat

Tehnica de transfuzie cu sânge conservat este simplă, iar accidentele datorite actului de transfuzie propriu zis (embolie, etc.) sunt inexistente în cazul produsului care îndeplinește condițiile pentru a fi transfuzat.

Condițiile pe care trebuie să le îndeplinească un sânge conservat pentru a fi transfuzat sunt următoarele:

1. Să nu fie hemolizat;
2. Să nu fie infectat;
3. Să nu conțină chiaguri.

1. În general se admite că un sânge conservat poate fi întrebuințat fără nici un pericol atunci când concentrația hemoglobinei libere din plasmă nu este mai mare de 0,3—0,5%. De altfel gradul de hemoliză a sângelui conservat și calitatea de a fi sau a nu fi utilizabil pot fi apreciate și fără dozarea hemoglobinei, numai după aspectul produsului de conservare.

Sângele conservat, la câteva ore după recoltare se separă în două straturi. Stratul de jos, constituit din hematii, este acoperit la suprafață cu o pojghită cenușie de globule albe, iar stratul de sus, format din plasma sanghină, este transparent sau ușor opalescent, de culoare galbenă sau verzule.

Începutul hemolizei se traduce prin apariția unuiinel de culoare roșie deschisă care se ridică la un lat de deget deasupra stratului de jos, fiind format din hemoglobina provenită din lăcarea hematiilor (hemoliză incipientă). Pe măsură ce procesul de hemoliză se pronunță, inelul înalțează tot mai adânc în stratul de plasmă, pe care o invadează cu timpul în întregime, colorând-o în roșu transparent și dându-i aspectul siropului de smeară (hemoliza avansată). În faza avansată a hemolizei sângele conservat este inutilizabil.

2. Deși practica conservării sângelui și a transfuziilor cu acest sânge au arătat că pericolul infectării sângelui poate fi ușor înlăturat prin recoltarea și manipularea aseptică, totuși e bine ca înainte de transfuziune să ne convingem de asepsia produsului de conservare.

Gradul de aspezie a sângelui conservat se determină printr'un examen bacteriologic minuțios făcut atât la centrul de conservare cât și la locul de transfuzie.

Trebule să remarcăm că examenul din urmă, deși reprezintă mijlocul cel mai eficace, pentru prevenirea accidentelor de transfuzie datorite infectării produsului de conservare, totuși executarea lui în serviciile în care se practică transfuziile întâmplină multe greutăți și devine aproape imposibil în cazul transfuziilor urgente.

Calitatea sângelui de a fi sau nu infectat poate fi apreciată la nevoie printr'un examen macroscopic sumar luând drept criteriu de apreciere mirosul culoarea și în general aspectul sângelui conservat.

Culoarea sângelui conservat se modifică sub acțiunea microbilor aerobi care reduc oxihemoglobina, dând sângelui conservat o culoare roșie închisă cu o nuanță albastruie.

Ca să putem depista infectarea sângelui numai după culoare trebuie să-l oxigenăm în prealabil, adică să-l saturăm cu O_2 , transformând hemoglobina în oxihemoglobină iar sângele venos în sânge arterial.

La Centrul din Sibiu arterializarea sângelui se face prin agitare în prezența aerului, chiar în recipientele care au servit pentru recoltarea sângelui procedeul care asigură oxigenarea largă a sângelui.

Un alt caracter macroscopic prin care se traduce infectarea sângelui este hemoliza, care survine mai repede în cazul sângelui infectat.

Tocmai din această cauză orice sânge conservat în care hemoliza depășește faza incipientă trebuie considerat ca inutilizabil.

După cum se vede hemoliza este unul din criteriile cele mai importante după care se apreciază nocivitatea sângelui conservat.

Termenul în care un sânge conservat își păstrează inocuitatea adică calitatea de a fi transfuzibil, fără să dăuneze primitorului, variază după tehnica conservării și natura lichidelor conservate, fiind în general de 2-3 săptămâni.

Problema „nocivității” și a „eficacității” teraputice a sângelui conservat, fiind de un interes practic deosebit va fi tratată mai pe larg în altă parte a lucrării.

3. Ultima condiție elementară pe care trebuie să o îndeplinească un sânge ca să fie transfuzat este lipsa chlagurilor.

Pentru a evita pericolul datorit chlagurilor, cel mai mulți autori recomandă filtrarea sângelui înainte de transfuzie. Ea se face prin filtre de mătase, tifon sau metalice, sau printr'un strat de perle de sticlă (Schmid, Roland, Graig-Jacobs, Nicolau, Ionescu).

Este de remarcat că această măsură de precauție nu este necesară în cazul sângelui conservat după metoda deschisă (v. Tehnica de conservare a sângelui).

De fapt încercările făcute la centrul de transfuzie din Sibiu cu sângele conservat după metoda deschisă au arătat că acest sânge poate fi transfuzat fără o prealabilă filtrare, iar la un număr de peste 300 transfuziuni executate cu sânge nefiltrat nu s'a produs nici un accident datorit chlagurilor.

α) Tehnica de transfuzie

Transfuzia cu sânge conservat reprezintă unul din procedeele cele mai simple de transfuzie.

1. *Aparatura necesară actului de transfuzie* variază după procedee și autori. Cel mai mulți autori întrebunțează pentru transfuzie chiar recipientele în care s'a făcut conservarea, trecând sângele direct din recipient în vena primitorului. Astfel se evită alterarea mecanică a sângelui, care ar putea surveni în urma transvazărilor repetate.

Recipientele model *Elliot, Schmid* (notate în fig. 3 cu A și C) pot fi transformate în adevărate aparate de transfuzie, punând tubul — prin care s'a făcut recoltarea sângelui (notat în fig. 3 cu V) — în legătură cu vena primitorului, cu ajutorul unui tub de cauciuc prevăzut cu un ac, și montând o pompă pe tubul care a servit pentru aspirarea aerului în timpul recoltării sângelui (notat în fig. 3 cu p). Acest dispozitiv poate fi improvizat din orice vas în formă de sticlă simplă Erlenmeyer sau de balon, care a servit pentru conservarea sângelui, astupând gura vasului cu un dop de cauciuc prevăzut cu 2 tuburi de sticlă dintre care unul scurt, iar celalalt lung, ajungând până la fundul vasului. Pentru executarea transfuziei tubul lung se pune în legătură cu vena receptorului, iar cel scurt cu o pompă. Trecerea sângelui din recipient în vena receptorului în cazul dispozitivelor descrise se face sub presiunea aerului comprimat din vas. Ea poate fi determinată și de forța gravitației. În acest caz recipientul din care se face transfuzia (v. desenul C din fig. 3) se așează la un nivel mai ridicat în raport cu poziția brațului bolnavului și se răstoarnă cu fundul în sus, punând tubul scurt (p din fig. 3) în legătură cu brațul bolnavului.

Tehnica de transfuzie variază după forma vaselor în care s'a făcut conservarea. Astfel, în cazul sângelui conservat în fiole alungite la cele 2 extremități (v. fig. 3, desenele E și F), transfuzia se face tot cu ajutorul forței de gravitație, aplicând pe o extremitate a fiolei un tub de cauciuc prevăzut cu un ac care se introduce în vena primitorului și lăsând celalalt capăt al fiolei deschis.

2. *Filtrarea sângelui conservat în vederea transfuziei* se face printr'un filtru de tifon sau mătase, care se fixează pe extremitatea interloară a tubului de sticlă prin care are loc trecerea sângelui din vas în vena primitorului (vezi desenul G din fig. 3), sau se inter-

calează în tubul de cauciuc care leagă recipientul cu brațul primitorului. Cel mai simplu model de filtru este acela întrebuițat de *Schmid*. Modelul lui *Schmid* are forma unui tub de sticlă, având câte o rondelă de tifon sau de mătase fixată cu ajutorul unui fir de cele 2 extremități ale tubului.

Sângele conservat după tehnica noastră se transfuzează fără o prealabilă filtrare. Este adevărat că în acest sânge se formează cu timpul o membrană de globule albe așezată pe stratul de elemente figurate, totuși prezența acestor membrane nu necesită filtrarea sângelui, întrucât de cele mai multe ori ea se destramă în timpul agitării sângelui, nelăsând nici o urmă; iar atunci când persistă, ceea ce se întâmplă numai în cazul probelor mai vechi, fiind voluminoasă și compactă, nu trece prin acul cu care se face încărcarea siringei și, putând fi evitată cu multă ușurință, nu compromite actul transfuziei. În toate celelalte cazuri în care transfuzarea sângelui conservat nu se poate face prin trecerea directă din vasul de conservare în vena primitorului, se va recurge la aparatele de transfuzie (*Jubé*, *M. Popescu* etc.), iar la nevole chiar la o siringă Record de 20 cc.

3. *Administrarea sângelui conservat după tehnica Centrului din Sibiu* se face prin injecții intravenoase făcute cu aparatele de transfuzie obișnuite (*Jubé*, *M. Popescu*), sau cu o siringă de 20 cc., întrebuițând un ac mic sau mijlociu pentru injecții intravenoase.

Înainte de transfuzie conținutul flaconului se amestecă prin mișcări lente și nici într'un caz prin mișcări brusce de scuturare, timp de 5—10', în care timp se produce omogenizarea produsului de conservare și temperatura sângelui se ridică până la aceea a camerii (20—25°).

Unii autori recomandă încălzirea sângelui înainte de întrebuițare, susținând că sângele neîncălzit produce frisoane.

Încălzirea se face în baie de apă (*Marie*) la temperatura de 40°.

Se pare însă că încălzirea sângelui conservat scade rezistența hematiilor, grăbind hemoliza. Observațiile făcute la Centrul din Sibiu au arătat că întrebuițarea sângelui neîncălzit nu prezintă nici un inconvenient și că încălzirea, prin supraîncălzirea posibilă, alterează profund produsul de conservare.

Încărcarea siringei se face prin aspirarea sângelui din flaconul de conservare cu un ac lung, care trebuie făcută în așa fel încât să evităm membrana de globule albe.

Injecția sângelui conservat se face în orice parte a sistemului venos (vene din regiunea cotului, regiunea dorsală a mâinii și a piciorului, safenă, jugulară, sinus

longitudinal superior), iar în cazurile disperate chiar intracardiac (spațiul al cincilea intercostal stâng în imediata apropiere a sternului).

Administrarea sângelui conservat se va face de preferință după tehnica indicată de *Oehlecker*, introducând la început repede 10 cc. de sânge, după care se face o pauză de 2', timp în care se va face observarea primitorului de sânge. Când acesta nu dă semnele caracteristice accidentului de hemoliză incipientă (dureri lombare, fenomene vasculare, transpirații, greață, etc.), transfuzarea va fi continuată, injectând de data aceasta 20—30 cc. de sânge, apoi după o nouă pauză de 2' se vor injecta 20—50 cc. și în sfârșit restul sângelui.

Cantitatea maximă ce se poate transfuza într-o singură ședință este de 300 cc. În cazul sângelui cu puterea aglutinantă ridicată (peste 1/128), transfuzarea se va face încet, în timp de 15', iar în celelalte cazuri poate fi făcută mult mai repede.

Având în vedere că produsul conservat de Centrul din Sibiu este sânge de donator universal selecționat, transfuzarea acestui sânge în cazurile urgente și disperate poate fi făcută la orice persoană, fără măsuri de precauție și într'un timp rapid (2—3').

Deasemenea administrarea acestui sânge nu necesită determinarea și cunoașterea grupelor sanghine și a regulilor transfuziilor directe, putând fi făcută la nevole chiar de un subchirurg (accidente nocturne, ajutorarea răniților din zonele de operații militare etc.).

La Centrul din Sibiu transfuziile urgente se fac cu siringa „Pomar”, construită pentru administrarea subcutanată rapidă a serului de Dr. M. Popescu și adaptată de Dr. C. Gheorghiu pentru transfuzii urgente cu sânge conservat.¹⁾

4. Transfuzia sanghine poate fi executată și într'un ritm foarte lent, picătură cu picătură, cu un debit de 30—50 picături pe minut, timp de 4 ore (*perfuzia sanghină*). Aparatura necesară perfuziei poate fi improvizată din recipientul în care s'a făcut conservarea sângelui.

Pentru aceasta recipientul se așează în poziția ridicată și se pune în legătură brațul receptorului printr'un tub de cauciuc în care se intercalează un dispozitiv pentru reglarea debitului de scurgere (o clemă și un numărator de picături).

Metoda perfuziei sanghine se practică în toate cazurile în care încărcătura aparatului cardio-vascular este contraindicată (insuficiența circulatorie, arterio-scleroză, miocardită etc.).

(Continuare în numărul viitor).

¹⁾ Pentru detalii tehnice a se consulta articolul d-lui Dr. C. Gheorghiu din Revista Sanitară Militară, Nr. 1—3 din 1942.

Analiza apei minerale bicarbonatate alcalinoteroase dela Bencec (Banat)

de

C. Drăgulescu

După cedarea Ardealului de Nord Ţara noastră a pierdut aproape toate valoroasele şi renumitele izvoare de ape minerale transilvănene. Cu deosebită simţită este pierderea preţioaselor ape din grupa bicarbonatelor alcaline, a bicarbonatelor şi cloruratelor alcaline şi a bicarbonatelor alcalinoteroase. Printre acestea din urmă se înşiră izvoarele ce dau cunoscutul „Borviz de Borsec” (judeţul Mureş), izvoarele dela Caşin-Iacobeni (judeţul Cluj), cele dela Racoşul de Sus (judeţul Odorhei) şi sursele puternic mineralizate dela Anleşul Năsăudului. Dintre izvoarele de apă din categoria celor ce ne ocupăm azi, în Ardeal ne-a rămas numai cel dela Boholt (judeţul Hunedoara).

Această împrejurare trebuie să ne determine să examinăm şi alte izvoare de apă ce s'ar găsi pe teritoriul rămas, pentru ca astfel să descoperim şi să valorificăm pe cele cu însuşiri deosebite.

În cele următoare voi refera asupra analizei unei ape minerale din izvorul dela Bencec (Banat), pe care am efectuat-o nu de mult.

Comuna Bencec (judeţul Timiş Torontal) se găseşte pe linia ferată Timişoara-Lipova la 25 Km. depărtare de Timişoara. Izvorul de apă de aici, zidit în formă de fântână cu pereţi betonaţi, se găseşte la marginea de vest a pădurii Statului, ce serveşte ca teren de vânătoare regală, pădure ce se găseşte în stânga liniei ferate amintite, pe teritoriul comunei Bencec. Apa curge din fântână cu un debit constant şi bogat. Locuitorii satelor învecinate caută apa, mai ales vara, dela distanţe apreciabile, preţuind-o pentru gustul şi prospeţimea sa răcoritoare.

Analiza apei din izvorul dela Bencec a fost efectuată acum pentru prima dată, în Ianuarie 1942, obţinându-se următoarele date chimice şi fizico-chimice:

1. Apa este incoloră, perfect transparentă, fără miros, cu un gust plăcut, uşor înţepător.
2. Temperatura izvorului (la temperatura aerului de 0°C) 11°C.
3. Densitatea, la 11°C/4°C 1,00077.
4. Indicele de refracţie, la 11°C $n_D = 1,33370$.
5. Conductibilitatea specifică $\kappa = 6,82 \cdot 10^{-4}$.
6. Depreslunea crioscopică 0,140°C.
7. Reacţiunea $p_H = 6,79$.
8. Alcalinitatea totală 10,54 n.
9. Dureţatea temporară 10,3 milivall (=28,1 gr. germane)

10. Dureţatea permanentă	—		
11. Rezidul la 110°C	0,6030	gr/l	
12. Rezidul la 180°C	0,5947	"	
13. Rezidul sulfat	0,79045	"	
14. Materii organice (în mediu acid)	—		
15. Materii organice (în mediu alcalin)	0,7 mgr	KMnO ₄	
16. Acid carbonic liber (H ₂ CO ₃) . .	0,93062	gr/l	
17. Cationi:			
Plumb	—	gr/l	— mgr. echival.
Fier (Fe'') . 0,000347	"	0,01127	"
Aluminiu	—	"	—
Mangan	—	"	—
Bariu	—	"	—
Calciu (Ca'') 0,13550	"	6,7614	"
Magneziu (Mg'') 0,03960	"	3,2560	"
Sodiu (Na') 0,02986	"	1,2983	"
Potasiu (K') 0,0005655	"	0,01447	"
Amoniac şi săruri de amoniac	—	"	—
	0,2058402	"	11,34144

18. Anioni:			
Clor (Cl') . 0,00991	"	0,2796	"
Sulfat (SO ₄ '') 0,00854	"	0,1778	"
Fosfat	—	"	—
Bicarbonat:			
(HCO ₃ ') . 0,64293	"	10,5380	"
Arsenat	—	"	—
Nitrat [(NO ₃ ') 0,027666	"	0,44617	"
Nitrit	—	"	—
Titanat	—	"	—
Hidrogen sulf.	—	"	—
	6,689046	"	11,44157

Bloxid de siliciu

(SiO₂) . . 0,03605

Acid carb. liber

(CO₂H₂) . . 0,93062

Total . . 1,861556

Rezultatele de mai sus reprezintă valorile medii a 2—3 determinări concordante.

19. Calcule de control:

a) Pentru rezidul uscat:	b) Pentru rezidul sulfat:
Fe'' . . 0,0003147	gr/l . . 0,0003147
Ca'' . . 0,13550	" . . 0,13550
Mg'' . . 0,03960	" . . 0,03960
Na' . . 0,02986	" . . 0,02986
K' . . 0,0005655	" . . 0,0005655

SiO ₂	0,03605	gr/l	0,03605	gr/l
SO ₄	0,00854	"	0,00854	"
Cl	0,00991	"	0,01343	"
NO ₃	0,027666	"	0,02143	"
HCO ₃	0,31615	"	0,50614	"
Total calculat	0,604156	"	0,79143	"
Găsit la 110°C	0,6030	"		
" 180°C	0,5947	"	Găsit	0,79045
20. Gruparea elementelor:				
NaCl	0,2796 mgr.	echivalenți	0,016344	gr/l
NaNO ₃	0,44617	"	0,037926	"
Na ₂ SO ₄	0,1778	"	0,012628	"
NaHCO ₃	0,39473	"	0,033160	"
KHCO ₃	0,01447	"	0,001448	"
Mg(HCO ₃) ₂	3,2560	"	0,238239	"
Ca(HCO ₃) ₂	6,7614	"	0,548075	"
Fe(HCO ₃) ₂	0,0113	"	0,001005	"
	11,34147	"	0,888825	"
SiO ₂	0,6002	"	0,03605	"
			0,924875	"
H ₂ CO ₃			0,93062	"
Total:			1,855495	"

21. Analiza bacteriologică a acestor ape, executată în Laboratorul de analize medicale și bacteriologice

Dr. P. David, Timișoara, a condus la următoarele concluzii:

a) Raportul între numărul de colonii bacteriene crescute pe gelatină și pe agar-agar este deosebit de favorabil;

b) Colimetria a evidențiat prezența a numai 10 colibacili la litru; în consecință apa examinată se înșiră, după prevederile Regulamentului pentru controlul alimentelor și băuturilor, printre apele foarte pure.

Atât în baza analizei chimice (lipsa amoniacului, a sărurilor de amoniu și a nitrurilor) cât și după datele controlului bacteriologic, apa examinată este potabilă.

Din datele de mai sus rezultă că apa analizată în prezenta lucrare este o apă slab mineralizată, care pe lângă bicarbonatul de calciu, care precumpănește, mai conține bicarbonat de magneziu și acid carbonic liber la o concentrație destul de mare. După compoziția sa apa minerală de la Bencec aparține grupei de ape bicarbonatate alcalinoteroase, de tipul celor de la Borsec, Cașin-Iacobeni ș. a.

În penuria noastră actuală, apa izvorului de la Bencec poate găsi o valoroasă întrebuintare atât ca apă de masă cât și ca apă terapeutică.

(LABORATORUL DE CHIMIE ANORGANICĂ ȘI ANALITICĂ, FACULTATEA DE ȘTIINȚE DIN CLUJ-TIMIȘOARA).

Medicină de războiu

Hepatita epidemică în războiul actual

de

Medic Sublocotenent Dr. Gh. Lazăr

Războiul cu greutatea inerentă legată de el, este un teren propice pentru ivirea unor epidemii. Mentea științelor medicale și a exponenților ei de pe front este recunoașterea bolilor care se ivesc în masă, pentru a putea stăvili epidemiile.

Uneori apar boli necunoscute având caracter epidemic, alteori boli bine studiate apar sub o formă nouă, permițând astfel un teren vast cercetărilor.

O astfel de formă nouă a unei afecțiuni vechi este hepatita epidemică a campaniei din Rusia, care apare cu totul sub alt aspect decât hepatitele și icterele cunoscute până în prezent.

I. Factorul epidemiologic. Ceea ce caracterizează această afecțiune este faptul că se îmbolnăvesc simultan mai mulți indivizi care trăiesc într-o comunitate și îmbolnăvirea lor atrage în totdeauna cazuri noi, ajungând la unele unități la o morbiditate considerabilă.

Există o periodicitate sezonieră, cazurile cele mai frecvente survin în lunile Septembrie și Octombrie, iar autorii germani mai descriu eculminanțele în luna Martie.

În decursul războiului din 1916/18 s'a întâlnit în lunile de toamnă o epidemie similară la unitățile care luptau în Moldova și Basarabia.

Unii autori remarcă o periodicitate de 20—25 ani în ivirea epidemiilor.

În calitate de medic al unei subunități de pe front am observat o morbiditate de 14% din totalitatea trupelor.

Statisticile germane afirmă o morbiditate de 1—10% care rareori se ridică între 10—20%.

Un fapt e de remarcat, afecțiunea a atins de obicei contingentele mai tinere. Niciunul dintre bolnavii mei n'a trecut peste vârsta de 30 ani. Populația civilă nu a făcut icter în schimb din relatările lor am aflat că există un icter al copiilor mici. Probabil că e vorba de o imunitate durabilă care rezultă în urma bolii prin care populația băștinașă trece în prima copilărie, afară de acest factor mai contribuie la problema imunității obișnuința la flora microbiană a apelor, fapt pe care-l vom relata la problema etiologiei.

*Un nou tratament a
hipertensiunii cu*
Dorital
(asociație cu fel tauri)

In

Hipertensiune
esențială, arteriosclerotică
și climacterică.

Posologie:

De 3 ori pe zi 2 drageuri. După remarcarea unei
scoborâri evidente, de 3-2 ori pe zi 1 drageu.

Compoziție:

Bilă de bou depurată	0,15
Oxisulfonal	0,015
Metilbromat de atropină	0,00025
Monoformiat de calciu	0,11

Flacoane cu 30, 60 și 300 drageuri.

C. F. BOEHRINGER & SOEHNE G. M. B. H., MANNHEIM-WALDHOF

Reprezentant pentru România:

RUDOLF FORL, București III, Str. G-ral Eremia Grigorescu, 6.

ECOLUTOID

Factorul hemostatic izolat din corpul galben

Ațiune energetică în hemoragiile genitale de
origine endocrină

Tablete și fiole pentru injecțiuni

POLICALCIUOVAR

FIOLE ȘI TABLETE

Foliculină — calciu — extract de ovar

Indicat în turburările menopauzei precum și cele
datorite dezechilibrului endocrino-vegetativ

CALCIMUSE

Soluție de 10% Gluconat de Calciu

Fiole de 5 și 10 cc.

Injecțiuni Intravenoase și Intramusculare

FABRICA DE PRODUSE CHIMICE
GEDEON RICHTER S.
A.

București V, Strada Logofătul Tăut Nr. 99

Telefon 5 69.02

S'au remarcat cazuri multiple, că soldații care au suferit de icter și au primit, după vindecarea afecțiunii, un concediu în țară, au îmbolnăvit membrii din familiile lor, cu preferință copii sub 10 ani. Medicii și personalul sanitar al mai multor unități din sectorul unde am activat, au trecut prin această boală, deci contagiozitatea este adevărată.

II. Etiologia. În privința etiologiei astăzi nu putem avea încă un tablou exact. Cantacuzino în timpul războiului trecut a evidențiat într-o mică parte din cazuri paratificul B.

S'au mai invocat tiflul, Paratificul A, colii, leptospiroza, disenteria. În mod mai puțin motivat s'au mai invocat drept motive etiologice cazurile abortive post-vaccinale de febră tifoidă, medicația cu atetrina, conservele de carne, picroformina cu care se stropește grâul. Prof. Gutzelt cu colaboratorii făcând cercetări asupra cazurilor din armata germană, n'a întâlnit niciunul dintre factorii etiologiei sus menționați în mod constant.

Cercetările făcute la noi în țară în privința aglutinărilor cu T. A. B. au evidențiat în multe cazuri titruri ridicate care erau însă în funcție de vaccinul primit. Pe de altă parte între atâția vaccinați era natural să facă unul o boală abortivă și astfel titrul să fie ridicat.

Voegl injectând la patru persoane, 5 cm³ suc duodenal și sânge dela bolnavi de hepatită epidemică, a constatat după patru săptămâni subicter, limfociteză, leucopenie, reacția Takata-Ara pozitivă 100% deci vădite leziuni hepatice. Prin urmare boala s'a transmis prin suc duodenal și ser fără a se cunoaște însă agentul. Gutzelt și Voegl ajung la concluzia că nu poate fi vorba decât de un virus filtrant.

Admițându-se existența acestui virus filtrant, părerea mea e că sunt o mulțime de factori adjuvanți care pregătesc terenul activând astfel virulența virusului.

Astfel trupele din Rusia care erau în continuă deplasare, ne-au dat cel mai înalt procent de ictere. O deplasare atrage după sine concomitent o schimbare a apei de băut. E fapt constatat că apele rusești conțin o cantitate imensă de bacili coli și microorganisme. Această floră banală nu produce îmbolnăvirea băștinășilor, organismul lor fiind obișnuit cu flora microbiană din acele ape. În schimb soldatul în deplasare e silit să se acomodeze în continuu la noi flore microbiene înainte de a se fi obișnuit definitiv cu mediul vechi. De aici rezultă enterite repetate. În același timp ficatul, în urma oboselii, consumă o cantitate mărită de glicogen, care nu e înlocuit prin idrații de carbon din alimente; aceste principii alimentare găsindu-se într-o cantitate minoră pe front. În plus hrana constă în deosebi din grăsimi, care îngreunează funcțiunea ficatului și proteine care scad puterea antitoxică hepatică.

Deci stăm în fața unui ficat debilitat. E natural ca enteritele repetate să se resfrângă asupra acestui loc

de minoră rezistență și chiar fără existența unui virus să producă un icter mecanic prin inflamația cisticului. Dacă adăugăm și posibilitatea existenței unui virus ne putem explica și mai ușor producerea icterului căci acest teren în prealabil debilitat e o circumstanță ideală pentru fixarea virusului. Am văzut însă cazuri de icter chiar în regiunile unde soldații au beut apă fiartă în prealabil, sau cafea. De aici rezultă că există și o infecție de contact prin murdăriile fecale eventual prin intermediul alimentelor sau prin plăciturile lui Pflügge. Origine bolnav pus în circumstanțe nefavorabile e purtător de virus.

III. Anatomia patologică. S'au făcut cercetări având la dispoziție cazuri care au murit de boli intercurrente. Eppinger a găsit leziuni hepato-celulare, leziuni la nivelul capilarelor biliare și limfatice, capilarită, perivascularită, necroze, rupturi și tromboze ale capilarelor biliare.

În toate cazurile s'au găsit leziuni parenchimatose înalinate. S'au mai găsit leziuni difuze hepatice cu hiperemie, edem de infiltrație celulară în spațiile periportale.

Aceste leziuni întinse explică de ce în unele cazuri după vindecarea icterului, ficatul rămâne grav alterat, existând pericolul de ciroză.

IV. Simptomatologie. Faptul că stăm în fața unei boli infecțioase, cât și evoluția ei clinică ne îndreptățește să-l descriem patru perioade: 1. Incubația, 2. Invazia, 3. perioada de stare și 4. defervescența.

Incubația. S'a remarcat că permisionarii convalescenți după icter au transmis această afecțiune în 2—4—10 săptămâni la membrii familiei. S'a descris și cazul unui medic din armata germană care după ce a examinat un bolnav de icter n'a fost în contact cu niciun caz similar și la 3 săptămâni a făcut boala.

În timpul incubației bolnavul se simte bine, dar spre sfârșitul acestei perioade se instalează o ușoară oboseală pentru ca la un moment dat boala să intre în faza de *Invazie* care e caracterizată prin fenomene generale și o stare febrilă gastro-intestinală.

Autorii germani descriu această fază cu o durată de 1—3 zile. În cele 60 de cazuri observate de mine această perioadă a durat aproape în totalitatea cazurilor peste 7 zile și am constatat chiar în două cazuri că turburările generale și locale au ținut peste 3 săptămâni până la instalarea icterului. Această perioadă e caracterizată printr-o temperatură de 37°—38° de tip continuu, (n'a trecut peste 38 în niciunul din cazuri) frison, oboseală generalizată, dureri în lombe și pulpe.

Aci merită să fie remarcat faptul că durerile în pulpe s'au constatat în toate cazurile observate în peninsula Tamao, iar în Stepa Calmucă durerile lombare și articulare au fost acelea care au predominat. Faptul

acesta m'a impresionat și am căutat prin mai multe feluri să mi-l explic.

Cred că variațiile de temperatură și în deosebi de presiune atmosferică, pe care le-am întâlnit în peninsula Taman, dar care erau foarte intense în Stepă Calmucel, sunt acelea pe care le putem invoca prin următorul mecanism.

Variațiile atmosferice se știe că acționează asupra sinovialei și capsulei articulare producând fie colicări fie umflări articulare. Ori hepatita epidemică fiind o infecție generală a organismului, se admite implicit o circulație de virus în sânge. În consecință imi pare verosimil ca durerile articulare să rezulte dintr-o fixare a virusului la nivelul articulației sensibilizate în prealabil de condițiile atmosferice.

Cu ceva mai târziu apare o anorexie electivă față de grăsimi și cărnuri, greață, uneori vomă și o senzație de balonare. Uneori dureri postprandiale în regiunea epigastrică și hipocondrul drept.

Ficatul și splina sunt ușor mărite.

În unele cazuri s'a găsit prurit. Bradicardie variind între 60—70 s'a găsit în multe cazuri; Urobilinuria era constantă.

Am putut constata numărul leucocitelor în patru cazuri și în acelea numărul lor varia între 11—17.000. Autori germani au găsit în mod constant leucocitoză de 14—16.000 și o leucopenie în decursul perioadelor de defervescență. Aceiași autori au mai găsit o monocitoză și o deviație spre stânga a tabloului sanghin și o ușoară mărire a hemosedimentării. Scaunele în această perioadă sunt uneori de constipație, mai frecvent diareice. În unele cazuri scaunele aveau o nuanță cenușie și erau de consistență păstoasă, argiloasă, ceea ce ar pleda pentru coexistența unei leziuni pancreatice. Examenul de laborator asupra fermentilor pancreatici și în deosebi asupra glicemiei nu s'au putut executa în circumstanțele în care am activat, dar ele ne-ar fi putut aduce importante lămuriri în această direcție.

Perioada de stare. După perioada gastro-intestinală apare o relativă bună stare care e urmată de apariția unei urini de culoare roșie și de cantitate redusă. Iar ulterior apare o colorație icterică la nivelul conjunctivelor. În decurs de 2—3 zile icterul se generalizează având intensitatea maximă pe torace și abdomen.

În această perioadă simptomele gastro-intestinale slăbesc și bolnavul prezintă ca simptom primordial icterul. Starea de oboseală și inapetență se menține. Scaunele devin în majoritatea cazurilor de constipație cu o intensă decolorare (prezintă o culoare cenușie) și sunt extrem de fetide. Temperatura e subfebrilă. Ficatul și splina sunt în mod constant mărite.

Urina devine cu timpul mai puțin colorată, iar recoalirea scaunelor este aceea care denotă că digestia grăsimilor se face în mod ameliorat, deci bolnavul intră

în perioada de *defervescență*. În această perioadă scaunele devin de culoare și consistență normală, urina foarte abundentă; Există pollurle, polakiurle și nocturle. Bolnavul la 3—4 săptămâni după apariția perioadelor gastro-intestinale este considerat drept vindecat în majoritatea cazurilor.

V. Totuși se pot ivi *complicații* imediate și tardive. Cele imediate se manifestă printr-o atrofie galbenă hepatică, datorită distrucției serloase a celulei hepatice. Ca o complicație tardivă se notează ciroza hepatică; aceasta survine în cazuri foarte rare sau în unele cazuri foarte neglijate.

VI. *Prognosticul*. „Quo ad vitam” prognosticul e favorabil, mortalitatea e de 0,04—0,08 — totuși în unele regiuni foarte limitate (o parte din Caucazul de sud-est) a ajuns la 50%, conform statisticilor germane.

Cazurile noastre s'au vindecat în totalitatea lor.

„Quo ad sanationem” trebuie să fim cu rezervă din motivul complicațiilor tardive care pot surveni.

VII. *Diagnosticul diferențial*. Cadrul nosologic al hepatitelor epidemică se diferențiază profund de celelalte ictere. E de importanță primordială să nu fie confundat cu *icterul cataral*, care evoluează fără temperatură și nu e precedat de o infecție generală a organismului. Simptomele generale sunt cu mult mai diminuate în icterul cataral, ficatul nu e atât de mărit și splina nu depășește falsele coaste. Colorația icterică e în general mai intensă la icterul cataral.

Perioada pe care am descris-o drept stadiul de invazie al bolii nu există la icterul cataral. Hemosedimentarea e ușor scăzută și niciodată accelerată ca în hepatita epidemică. Durerile în icterul cataral nu sunt constante și survin în timpul bolii pe când în hepatita epidemică survin în timpul perioadelor de invazie și dispar în majoritatea cazurilor în clipa apariției icterului. Leucocitoza mărită și deviația spre stânga a tabloului sanghin e caracteristica hepatitelor epidemică. Infecțiozitatea și diferențele susmenționate ne îndreptătesc să o considerăm ca o boală oarecum „Sui generis”.

— Icterul mecanic poate fi exclus prin anamneză, dar de multe ori hepatita epidemică evoluează sub forma unui icter mecanic, datorită inflamației Sfînterului lui Oddi.

— Icterul hemolitic se exclude prin determinarea pragului de hemoliză, care în hepatita epidemică are valoare normală.

— Icterul infecțios Well se exclude pe baza examenului microscopic, negăsindu-se leptospira lui Well.

Stări icterice se mai pot produce „așa zisele ictere intercurrente”: post pneumonice, septicemice, malarice, luetice, reumatice (reumatism visceral Epplinger) sau prin hepatite alimentare — toxine din carnea vitelor bolnave de Paratuberculoză, sau infectate cu Bac. Ent. Gärtner ori Breslau.

O anamneză exactă din care reiese lipsa antecedentelor sau a factorilor de mai sus și un eventual examen de laborator înlătură în totdeauna un diagnostic greșit în aceste cazuri epidemice care prin cadrul clinic bine definit se pot diferenția cu ușurință de alte afecțiuni.

VIII. Tratamentul. Avem ca principiu general crușarea parenchimului hepatic. În interesul acestui scop se alege un regim alimentar cât se poate de adecvat asimilării alimentelor, considerându-se ficatul drept lezât. Astfel un regim bogat în idrați din carbon, sărac în proteine și extrem de redus în grăsimi este cel mai indicat.

Regimul constă în sucuri de fructe, compot, orez, grîis, paste făinoase pregătite cu lapte. Laptele să fie degresat sau să se consume sub formă de iaurt. Când scaunele încep să se recolozeze se poate admite p'epț de pasăre pregătită, rasol și legume pregătite cu o înfîmă cantitate de unt.

Pentru a mări capacitatea hepatică se administrează glucoză preferabil 30% în cantități de 60 cm³ zi intravenos.

— Pentru ca asimilarea glucozei să se facă în condiții optime se administrează la doza de mai sus și 20—30 unități de insulină.

— Autorii germeni administrează în cazurile mai grave 5—10 cm³ „Cortin” pe zi, bazându-se pe principiul că extractele de suprarenală ameliorează metabolismul fosforului la nivelul ficatului, mărind astfel în mod indirect puterea antitoxică hepatică.

— Se mai pot aplica spălăturile cu sulfat de magneziu 5—10% în cantitate de 300 cm³ administrat intraduodenal prin sonda Elnhorn.

În timpul defervescenței se pot da coleretice și colagoge: Choleval, Decholin, Sare de Karlsbad, salicilat de sodiu cu laxative ușoare, ori desinfectante intestinale ca benzonaltolul sau hexamethylentetramina.

Pentru a combate durerile de colică biliară se aplică adeseori cataplasme calde și umede în regiunea hepatică și antispasmodice (Dolantin, Atropin, Bellafolin etc.).

Pentru a înlătura constipația Eppinger propune în prima zi de icter 0,2—0,4 calomel sau 0,03 gr. de trel ori pe zi timp de trel zile consecutiv.

— În tot decursul tratamentului bolnavul uzează de clinoterapie.

În lîntile de zonă operativă ca medic al unei subunități e firesc faptul că n'am putut aplica tratamentul de mai sus, neavînd nici mijloacele tehnice corespunzătoare nici posibilitate de perfectă ospitalizare.

Am reușit să obținem rezultate în totalitatea cazurilor aplicînd tratamentul de mai jos în care am introdus mici modificări bazîndu-mă pe principiul că nu există boli fiind doar bolnavi.

La începutul simptomelor gastro-intestinale care s'au manifestat cu diaree și vomismente am instituit un regim cu cealu neîndulcit, pesmeți și mere coapte, administrînd în plus pastile de „antiholerină”. Prin acest tratament simptomatic am redus numărul scaunelor. Ca tratament de desinfecție gastro-intestinală am dat hexamethylentetramină în doza de 1,5 gr. pe zi. În cazurile când starea generală era mai gravă sau bolnavul a reacționat prin dureri vezicale am continuat tratamentul cu 1—1,5—2 gr. urotropină în injecții intravenoase zilnice.

În perioada de constipație am administrat drept laxativ ușor Sulfat de Magneziu în doza de 5 gr. pe zi. Avînd glucoză la dispoziție am dat 20 cm³ pe zi din soluția de 30%.

În ziua când scaunele au început să se recolozeze și nu mai era pericol ca administrînd coleretice să agravez icterul, (datorită inflamației sfîncierului Oddi) am început să administrez salicilat de sodiu de trel ori pe zi 0,50 gr. În alte cazuri am dat și un pahar din soluția Bourget proaspăt pregătită, de două ori pe zi.

În perioada icterului manifestat am admis lapte, grîis cu lapte, cartofi copleți, zeamă de fructe și mere. Mai târziu supe pregătite fără grăsimi cu puțin unt și brînză proaspătă în cantități reduse. Cu dispariția simptomelor morbide hrana a devenit din ce în ce mai completă și regimul mai puțin sever.

Acest regim optim pentru condițiile de război s'a putut efectua în cele mai multe locuri, datorită aprovizionării ireproșabile.

IX. Cazuri. Cazul Nr. 1. Bolnav în vîrstă de 26 ani, de profesiune medic la o subunitate. Antecedente fără importanță; în 20 Septembrie remarcă primul caz de icter în unitatea sa și institue tratamentul. Peste 20 de zile în timpul unei deplasări oboșitoare prezintă o senzație de greață, vărsături postglandiale anorexie față de grăsimi și carne, jenă epigastrică, se institue o diaree rebelă cu 10—14 scaune pe zi.

Totodată prezintă temperatură de 38° de tip continuu, dureri în regiunea pulpelor, oboseală generalizată, ușoară adinamie. Simptomele gastro-intestinale durează 7 zile. Într'acest timp urina se colorează în roșu închis și e în cantitate redusă. După aceste 7 zile apare o acalmie iar în a 3-a zi de acalmie apare un icter discret conjunctival care în două zile se generalizează avînd maxilarul de intensitate în regiunea toracică. Imediat cu apariția icterului temperatura scade sub 37°. Simptomele gastro-intestinale se ameliorează, bolnavul prezintă însă scaune de constipație de culoare cenușie. Se institue regimul adecvat iar bolnavul comite greșala de a-și continua activitatea. La 10 zile după apariția icterului se prezintă o vădită agravare a stării adinamie, astenie, dureri intense în regiunea hipocondrului drept. La examenul obiectiv un ficat mărit, sensibil și splina palpabilă mult sub falsele coaste. În urma acestor simptome se institue o clinoterapie severă și se administrează urotropină sub formă de comprimate de 3 ori 0,50 pe zi. Totodată primește zilnic 20 cm³ glucoză 30%, iar la începutul recolorării scaunelor glucoză 20 cm³ 30%, urotropină 1 gr. pe zi în injecții intravenoase Salicilat de sodiu de 3 ori pe zi 0,50 per os. și în fiecare dimineață sulfat de Magneziu 6 gr. în apă caldă ingerat à jeun încet. Boala a ținut timp de 4 săptămîni după apariția icterului, lăsînd în urma ei o ușoară pigmen-

tație a conjunctivelor care a trecut în trei zile după administrarea de 2 ori pe zi a unui ceaiu compus din Herba Marubii—Herba agrimonii, Folia menthae piper a 20 gr. Radix Quondis Spinos 30 gr. Cortex frangulae 10 gr.

Cazul II. Bolnav în vârstă de 22 ani. Antecedentele heredocolaterale și personale lipsite de importanță. Doi vecini de dormitor s'au îmbolnăvit cu două săptămâni înaintea lui de icter.

Prezintă greață (fără a avea vărsături) și scaune lichide de 5 ori pe zi. Oboseală, mialgie, la nivelul pulpelor și durere moderată în regiunea epigastrică și hipocondrul drept. Leucocitoză 16.000. La trei zile după debutul simptomelor gastro-intestinale apare o urină colorată în roșu porto și scaune de constipație de culoare albă cenușie. Ficatul palpabil la un deget sub falsele coaste în sensibil la palpație. Splina se palpează la două degete sub falsele coaste e nedureroasă. Se administrează urotropină per os 0,5 și intravenos 1 gr. dela începutul simptomelor icterice. Ulterior se asociază salicilat de sodiu 1,5 gr. pe zi. Icterul se menține invariabil, se sistează salicilatul de sodiu pentru a nu agrava icterul printr-o colereză prea abundentă și se administrează glucoză 20 cm³ 30%.

Simptomele subiective dispar în mod treptat. După recolorarea scaunelor se reîncepe tratamentul cu salicilat de sodiu ca mai sus și se administrează sulfat de magneziu 6 gr. pe zi cu scop laxativ. Icterul dispăre și bolnavul se vindecă la 15 zile după apariția icterului, continuând încă un regim hepatic timp de două săptămâni. Incepând cu apariția simptomelor icterice bolnavul a stat izolat la infirmerie, subsecția contagioasă.

Timp de două luni după vindecarea clinică bolnavul mai simte dureri în hipocondrul drept, ceea ce se poate atribui unei complicații hepatice.

— La cazul I. e de subliniat perioada lungă de invazie a bolii și extensiunea perioadei simptomelor gastro-intestinale care a ținut 7 zile.

În rest boala a decurs normal însă totuși a ținut 4 săptămâni după apariția colorației icterice.

— Cazul II. S'a vindecat clinic într'un timp foarte scurt, la 2 săptămâni dela apariția icterului. Durerile în hipocondrul drept care au survenit în urma orișicărui efort încă două luni după vindecare, afirmă posibilitatea unei distrucții la nivelul parenhimului hepatic.

Deci durata și decursul afecțiunii nu sunt în raport direct cu gravitatea bolii.

Concluziuni

1. Hepatita Epidemică e o afecțiune cu un cadru clinic bine definit.

2. Etiologia nu e specificată; se presupune existența unui ultravirus care e activat unor factori debilitanți hepatici, născuți prin condițiile inerent legate de război.

3. Condițiile care produc debilitarea ficatului sunt: regimul prea abundent în grăsimi, proteine și sărac în idrați de carbon. Factori adjuvanți importanți sunt oboseala fizică și bacilul coli din apă.

4. Boala se propagă prin picături Pflügge, murdărie, apă și alimente infectate de bolnavi. Există și purtători.

5. Morbiditatea în regiunile observate era de 14% și mortalitatea nulă.

6. Tratamentul este acela al icterelor în general.

7. Prognosticul „quo ad vitam” a fost bun, „quo ad Sanationem” trebuie să fie rezervat, existând complicații imediate și tardive.

8. Pentru evitarea debilitării hepatice ar fi de dorit mărirea cantității de idrați de carbon în hrana trupelor.

Pentru combaterea epidemiei se cere izolarea cazurilor începând cu primele simptome, fierberea apei, măsurile generale de igienă.

9. Se impune o strânsă colaborare între medicii de subunitate și laboratoarele volante de igienă pentru ca elucidând problema etiologiei să se situeze o nouă estemată în diadema creațiilor medicale.

RESUMÉ

L'hépatite épidémique

L'auteur décrit l'hépatite épidémique qui s'est développée pendant la guerre actuelle et démontre qu'il s'agit d'une maladie à cadre clinique bien défini. L'étiologie n'en est pas encore spécifiée mais on suppose l'existence d'un ultravirus (virus filtrant) activé par certains facteurs débilitants du foie, nés des conditions inhérentes à la guerre. Les conditions qui déterminent la débilité du foie sont: le régime trop abondant en matières grasses, et protéines, mais pauvres en hydrates de carbonas. Comme facteurs adjuvants plus importants il y a noter: la fatigue physique et le bacille-coli de l'eau.

La maladie se propage par la plume microbienne, les impropres et les aliments souillés par les malades.

La morbidité était de 14%, dans les régions contrôlées et la mortalité inexistante. Le traitement et celui des icteres en général.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Hepatitis Epidemica

Der Verfasser beschreibt die Hepatitis Epidemica im Zusammenhang mit dem jetzigen Krieg und beweist dass sie eine klinische genau umschriebene Krankheit ist. Ihre Aetiologie ist noch nicht bekannt, doch wird die Existenz eines Ultravirus vermutet, welches durch gewisse mit dem Krieg unzertrennlichen, die Leber schwächenden Faktoren verbunden zu den geschilderten Krankheitsercheinungen führt. Diese Faktoren sind in der eiweiss- und proteinreichen und kohlenhydratarmen Ernährung gegeben. Als Hilfsfaktoren werden körperliche Ermüdung und der im Trinkwasser sehr verbreitete Kolibazillus angeführt. Die Krankheit wird durch die Pflügge'sche Tröpfcheninfektion, durch Schmutz und durch infizierte Lebensmittel verbreitet. Die Morbidität betrug in den beobachteten Gebieten 14%, während dort keine Fälle mit tödlichem Verlauf verzeichnet wurden. Die Behandlung ist die gleiche wie beim Icterus im allgemeinen.

Tratamentul modern al pneumoniei

de

Dr. Ion Macavei

Tratamentul pneumoniei a suferit în ultimii ani modificări importante prin introducerea în terapie a sulfamidelor.

Procentul mortalității care era destul de ridicat prin chinoterapie și seroterapie a ajuns să fie considerabil scăzut în urma sulfamidoterapiei.

Prin utilizarea chininei mortalitatea în cele mai favorabile statistici era între 6—8%; majoritatea cercetătorilor însă nu a obținut cifre prea scăzute, ea oscilând, în general, între 10—30% (Koch, Ingvar Willg).

Introducerea seroterapiei ne-a pus la îndemână un mijloc terapeutic specific. Seroterapia a fost cu deosebire întrebuințată în Statele Unite — unde a dus la scăderea mortalității dela 25—30% la 8—10%. În Europa, în Anglia, în pneumoniile de tip I mortalitatea s'a redus dela 15% la 10% iar în cele de tip II dela 27% la 20%.

Utilizarea seroterapiei este legată de anumite dificultăți. Este eficace aplicată în primele 3 zile în doze masive, utilizând serul corespunzător tipului pneumococului care a cauzat boala. În pneumoniile provocate de pneumococul de tip III, este ineficace.

În aceste împrejurări descoperirea sulfamidelor și a acțiunii lor bactericide asupra streptococilor, meningococilor, gonococilor, iar la urmă și asupra pneumococilor a fost salutată cu deosebită satisfacție.

Din stadiul cercetărilor de laborator (Domagk, Trefouel, Nitfi, Bonnet, Lang, și alții) s'a trecut la aplicări practice obținându-se dela început rezultate încurajatoare.

În 1937 autorii americani Heintzelmann, Hedley și Melan descriu rezultate frapante în câteva cazuri de pneumonie cu pneumococul de tip III. Din 10 cazuri tratate clasic 8 au murit, iar din 9 tratate cu p-aminofenilsulfamidă numai 2 au fost mortale.

Anul 1938 este al marilor încercări. În Franța Calu, Cattani, Likoray, Benda, descriu rezultate bune cu scăderea pronunțată a procentului mortalității. Cercetările au fost cu deosebire fructuoase în țările Anglo-Saxone. Whithby și alții pe cale experimentală la început, constată că adăugul moleculei de piridină nu mărește toxicitatea sulfamidelor, ele au un efect bacteriostatic asupra pneumococilor, le întârzie înmulțirea, producerea anticorpiilor de către organism nefiind influențată. Americanii Ewans și Galsford în 100 cazuri observate și tratate cu p-aminobenzen-sulfamido-piridină constată o reducere a mortalității la 8% față de

27% în alte cazuri observate în același timp dar tratate după metoda de până atunci. În Germania — patria primelor cercetări bacteriologice în ceea ce privește sulfamidele — (Domagk), începuturile au fost destul de modeste. S'a utilizat Protosulful în doze reduse cu rezultate variabile (Severin). Încetneala cu care sulfamidele și-au făcut loc în terapia germană (în ceea ce privește pneumonia) a fost compensată prin studii serioase și amănunțite care au urmat în scurtă vreme.

Studiile nu se limitează numai la simpla constatare a efectului sulfamido-piridinic. Se cercetează în mod amănunțit acțiunea asupra diferitelor tipuri de pneumococi, se fac hemoculturi și se observă efectul în cazurile cu bacteriemii, în cazurile deosebit de toxice și cu mortalitate extrem de ridicată, apoi se observă efectul în raport cu vârsta, momentul administrării, dozele, complicațiile, toleranța etc.

Modul de administrare și dozajul. Sulfamidele dela începutul utilizării lor în terapie s'au administrat de preferință pe cale bucală, sub formă de tablete. Numai acolo unde dădeau fenomene de intoleranță s'a utilizat calea parenterală sau cea rectală (în soluție cu bicarbonat de sodiu). Totuși calea de administrare electivă și mai activă a rămas cea bucală. La început cantitatea administrată era redusă, în medie 3 gr. în 24 ore. S'a văzut însă curând că aceste doze nu sunt suficiente și expun la recidive, așa încât s'au mărit ajungându-se astăzi la administrări masive (8—12 gr. în 24 ore.).

Majoritatea autorilor germani, utilizează schema lui Hegler. Odată diagnosticul stabilit, se administrează dintr'odată 2 gr. continuând apoi tot la 4 ore cu 1 gr. până la scăderea temperaturii, iar după aceea cu doze de întreținere zilnică de 3—4 gr.

Nu am procedat altfel. Din momentul în care aveam certitudinea diagnosticului sau numai bănuiala unei pneumonii, dădeam bolnavului din oră în oră câte o tabletă de 0,5 gr. sulfamidă, totdeauna zdrobită și amestecată cu bicarb. de sodiu pentru înlăturarea eventualelor fenomene de intoleranță gastrică. După 12 ore (6 gr.) făceam o pauză de 3—4 ore, timp destul de scurt pentru ca concentrația medicamentului din sânge să nu scadă, și suficient de lung pentru ca bolnavul să se poată odihni și stomacul lui să aibă o clipă de răgaz. În acest interval controlam și temperatura. Continuam apoi din nou cu aceleași doze, alte 12 ore, urmate iar de pauză de 3—4 ore. Dacă în aceasta a doua pauză temperatura bolnavului scădea, ceea ce se întâmpla

aproape totdeauna la bolnavii tratați în primele 24—48 ore, continuăm să administrăm doze de întreținere pe care le reduceam dela 4 gr. în 24 ore la 3 gr., 2 gr., continuând apoi cu 1,5 gr. până la dispariția fenomenelor fizice. Dacă nu obținem defervescența după aceste două atacuri, continuăm în același fel încă două zile după care de obicei urma scăderea temperaturii. În caz de nereușită înseamnă că nu am putut influența mersul pneumoniei, urmând ca ea să-și facă evoluția obișnuită. Continuăm să dăm însă doze descrescând, mulțumindu-ne cu influența binefăcătoare asupra stării generale a bolnavului și asupra prevenirii complicațiilor.

Felul acesta de administrare a sulfamidelor ne apare mai avantajos decât după schema lui Hegler. Doza inițială de 2 gr. o credem prea ridicată, deoarece niciodată nu putem ști cum va reacționa bolnavul; poate să prezinte fenomene de intoleranță care să ne împiedice în buna desfășurare a tratamentului. De sigur că aceste fenomene se vor putea prezenta și la 0,5 gr. sau la 1 gr., intensitatea lor nu va fi însă aceeași. Intervalul de 4 ore între singuraticile doze ne apare cam mare. Prin dozajul utilizat de noi bolnavul lua în 28 ore 12 gr. sulfamide, pe când după Hegler numai 9 gr.

Pentru ca să albă un efect terapeutic, concentrația permanentă în sânge a medicamentului trebuie să fie de 3—4 mlgr. ‰. Această concentrație trebuie menținută 2—3 zile, printr-o administrare continuă. La o întrerupere a medicației mai mult de 4 ore, concentrația ajunge la zero. Utilizând schemele indicate de noi concentrația este perfect menținută la nivelul dorit.

Unii autori au limitat cantitatea totală administrată în cursul unui tratament la 20—25 gr., repartizate pe 6—7 zile. Această cantitate a fost de multe ori depășită fără să se observe neplăceri legate de mărirea dozel. De obicei însă cantitatea de 25—35 gr., este suficientă pentru cura unei pneumonii. Ea poate fi administrată și în 56 ore (4 atacuri a 6 gr., a 12 ore = 24 gr., în 56 ore, cu pauze), fără inconveniente. La copii în primele zile vom da 0,15 gr. pe kgr. greutate, iar în zilele următoare 0,10 gr., până la cantitatea totală de 8—10 gr.

Pericolul unei administrări insuficiente constă într-o sensibilizare a organismului, așa zisa alergie sulfamidică, cu manifestațiuni cutanate, edem Quincke, etc., obișnuința rapidă a microbilor față de doze mici și mai ales într'un fals efect terapeutic, o reducere aparentă a manifestațiunilor morbide cu recidive foarte frecvente.

Efectul și eficacitatea, sunt în strânsă legătură cu cantitatea și momentul administrării. Dacă intervenim în primele 24—72 ore sulfamidele administrate suficient, împiedică dezvoltarea anatomo-patologică a procesului infiltrativ, producând defervescența după 24—48 ore de tratament. Mortalitatea în cazurile la care tratamentul a fost inaugurat în primele 3 zile a fost de 3%

față de 11% mortalitatea generală (Dowling, Abernethy), în același timp cazurile tratate cu ser având o mortalitate de 10,8% respectiv 16,7%.

Scăderea temperaturii poate să fie bruscă, ca în criză, sau se produce treptat în 2—3 zile. Aceasta depinde nu atât de felul sulfamidului întrebuințat, cât de modul ei de dozare. În general sulfamido-piridinele acționează mai rapid asupra febrei, datorită unei componente antipiretice care lipsește, sau este mai redusă la combinațiile cu Thlasol sau Aethilthlasol. Nu înseamnă însă că efectul terapeutic al acestora din urmă nu are aceeași valoare. Cu cât doza administrată în primele 24—48 ore este mai mare, cu atât efectul antipiretic este mai pronunțat și mai rapid. Și globucidul (Aethilthlasol) administrat dela început în doze masive de 10—12 gr. poate provoca o scădere critică a temperaturii.

S'a descris de către unii autori după scăderea critică a temperaturii o nouă ridicare, urmată de defervescență litică. Explicația variază. Rogi, susține că în urma distrugerii unei cantități mari de pneumococi se pune în libertate o cantitate mare de endotoxine, care ar provoca pe de o parte o excitare a centrului termic iar pe de alta, o reacție de focar în lobul pulmonar bolnav. Koch, consideră scăderea temperaturii în astfel de cazuri ca o pseudo-criză, urmată de reaprinderea focarului pneumonic cum se întâmplă și în pneumonii tratate după alte metode. Tot el remarcă însă că nici radiologic nici clinic nu se constată epurarea de noi focare. În cazul descris de Koch însă, cantitatea de sulfamide administrată dela început a fost insuficientă. În primele 48 ore de tratament bolnavul lui nu a primit decât 8 gr. de Eubazin pe când noi administrăm în 24 ore 10 gr. Așa încât credem că aici scăderea temperaturii a fost datorită unei administrări insuficiente de sulfamide, pneumonia continuând să-și urmeze cursul, fără ca bine înțeles — după cum singur autorul o spune — să apară noi focare, reaprinderea nefiind decât efectul acestui medicației insuficiente. Nu trebuie confundate aceste cazuri cu recidivele care apar mai târziu dela a 5-a—6-a zi de boală în sus, care interesează alte teritorii pulmonare și care și ele pot fi puse în sarcina unei medicații incomplete.

După defervescență, fenomenele fizice de obicei persistă, resorbția infiltratului urmând un ritm mai lent, 10—15 zile. În unele cazuri înă această resorbție ca și amendarea fenomenelor fizice este foarte rapidă (cazul I și II).

Efectul se exercită și asupra stării generale a bolnavului. Bolnavii devin mai liniștiți, pulsul mai bun, respirația mai puțin frecventă. Leucocitoza este influențată în mod rapid, scăderea temperaturii fiind urmată de coborârea leucocitelor la numărul normal.

Vârsta se pare că nu joacă un rol deosebit. Ca toleranță sulfamidelor sunt tot atât de bine suportate de tineri, copii sau bătrâni. Comparând însă efectul cu al seroterapiei, par să fie mai eficace în pneumoniile bătrânilor sau pneumoniile multilobare, decât seroterapia.

Tipul pneumococului nu exercită o influență deosebită asupra eficacității sulfamidelor.

O variație deosebită a efectului datorită diferitelor combinații sulfamidice nu am observat. Se pare totuși că legăturile cu Thlasol, (Eleudron, Cibazol) sau Ethilthlasol (G'obucid) sunt mai bine tolerate și mai puțin toxice decât sulfamido-piridina. Ele dau mai puține manifestări secundare și pot fi administrate în doze mult mai mari (Cazul III). Această constatare reiese și din observațiile altor autori. Noi am avut însă rezultate tot atât de bune — fără să observăm niciun fenomen de intoleranță — și cu sulfamido-piridină (Dagenan, cazul I și II).

Cazul I. O. M. 17 ani. Bolnav de două zile, debut brusc, cu temperatură 40°, junghii la baza hemitoracelui stâng cu suflu tubar. Leucocitoza 18.000. Tratamentul începe în ziua doua de boală, administrându-se Dagenan 12 tablete a 0,5 gr. pauză trei ore din nou 12 tablete. A 3-a zi de boală diminuează temperatura 37,1° seara 37,5°. Mai ia 3 gr. Dagenan. A 4-a zi temperatura 36,9—37,5°. Începând din ziua 5-a afebril, leucocitoza 7.600. Din ziua 4-a i-a dispărut matitatea și suflul tubar, iar la 7 zile radiologic imaginea pulmonară era normală. Părăsește vindecata clinica.

Cazul II. C. I. 18 ani. Bolnav de două zile, debut brusc noaptea, cu frison puternic, temperatură 40°. Diminează se instalează un junghiu puternic la baza hemitoracelui stâng, tuse și expectorație rubiginosă. Obiectiv submatitate la baza hemitoracelui stâng cu suflu tubar, Leucocitoza 20.000. Tratamentul începe în ziua a 2-a diminuează. Se administrează Dagenan 12 tablete a 0,5 gr., pauză, din nou 12 tablete. A 3-a zi diminuează temperatura 36,3° seara 37° mai ia 8 tablete Dagenan. Începând din ziua a 4-a este afebril, dispărându-i suflul tubar, persistă numai câteva rari fine. În ziua a 6-a leucocitoza 9000, radioscopia pulmonară normală. Părăsește clinica vindecata.

Cazul III. M. B. 34 ani, în antecedente ulcer duodenal de 10 ani, rănit în război înainte cu 6 luni. Foarte slăbit. Bolnav în a 6-a zi. A debutat brusc cu dureri la baza hemitoracelui dr., temperatura 39°, frisoane. Un medic constată pneumonie și îi prescrie Dagenan. Bolnavul ia în prima zi 8 tablete a doua zi 6, apoi din cauza durerilor mari de cap și a grețurilor pe care i le provoacă Dagenan-ul nu mai ia. Temperatura scade a 3-a și 4-a zi la 37,5° și se simte mai bine. A 5-a zi noaptea prezintă din nou temperatură mare, peste 40°, dureri atroce la baza hemitoracelui dr. care îl silesc să ia tot felul de atitudini, respirația foarte dificilă. A 6-a zi am examinat bolnavul. Obiectiv prezintă matitate în jumătatea inferioară a hemitoracelui drept cu respirația diminuată, suflu tubar în treimea mijlocie a câmpului pulmonar dr. posterior și lateral. Respirația frecventă superficială, pulsul 120. Având în vedere că n'a suportat Dagenan-ul administrăm Eleudron cu Bicarbonat de sodiu în doze masive. Spre seară junghiu devine mai suportabil. A doua zi temperatura persistă, bolnavul este însă mai liniștit, respirația 40 pe minut, pulsul 100. Continuăm tratamentul, a treia zi spre seară temperatura scade la 37,5 pentru ca începând din ziua a 4-a să devină afebril, starea generală bună. Continuăm să administrăm doze descrescând de Eleudron. Fenomenele fizice au persistat încă 10 zile după defervescență.

Am înregistrat și insuccese. Într'un caz unde am întrebunțat sulfamido-piridina, nu am obținut niciun rezultat cu toate că am administrat dela început doze suficiente și pe cale bucală și în injecții. Bolnavul a făcut în a 13-a zi de boală o nouă pneumonie de partea opusă, cu o evoluție tipică, iar la 2 săptămâni după defervescență o flebită. Față de o atitudine atât de recalcitrantă a organismului față de sulfamide, putem face presupunerea că a fost vorba de pneumococul (hemocultura nu s'a făcut). Într'adevăr cazurile cu bacteriemie sunt foarte grave, mortalitatea lor este de 80—90%. Americanii le-au tratat cu ser și sulfamide obținând o scădere a mortalității la 22%, pe când numai prin ser era de 50—60%.

Din cele expuse până aici, rămâne deci stabilit că hotărâtoare în obținerea unui efect terapeutic bun sunt administrarea precoce, masivă și continuă.

Totuși există variațiunile foarte mari dela autor la autor în privința procentului mortalității. Iată câteva statistici care ne stau la îndemână:

In America:

Gaisford și Ewans	in 100 cazuri . .	mortalitatea	8 %
Finland	95 "	"	15 %
Dowling-Abernethy	139 "	"	11 %
Flippin	— "	"	4 %

In Germania:

Koch	in 112 cazuri . .	mortalitatea	21 %
Willelbeling	77 "	"	16 %
Riehn	36 "	"	11 %
Wolff	40 "	"	7,5 %
Strangmann	75 "	"	12 %
Schulz	41 "	"	7,5 %
Hegler	402 "	"	1,2 %
Kern	117 "	"	3,5 %
Jakobi-Coenen	103 "	"	6 %
Hildgrube	91 "	"	4,4 %
Krasemann	60 "	"	3,3 %
Löwenstein-Neumann-Wurm	4 "	"	0 %
Grunke	76 "	"	0,75 %
Sapinski	48 "	"	0 %

Luând în considerare vârsta, bolile asociate, gravitatea bolii, medicațiunea, etc., factori care au o influență asupra evoluției pneumoniei, totuși explicația mortalității așa de mari, ca în statistica lui Wiele și Ibeling, trebuie să aibă și o altă cauză. Wiele care este medicul șef al clinicii medicale a Uzinelor Krupp (Ruhr) remarcă această mortalitate ridicată în 710 cazuri care au fost tratate cu chinină (16—25%). De sigur că aici intră în discuție și factorii regionali, climatici, și epidemiologici care influențează evoluția pneumoniilor. Acești factori au fost invocați de către Wiele în explicația procentului ridicat al mortalității în cazurile lui. În ceea ce privește procentul și mai ridicat pe care îl întâlnim în statistica lui Koch (21%) suntem într'adevăr aplicați să credem împreună cu Sapinski, că este vorba de o dozare insuficientă. Exemple pe care le dă Koch în studiul lui, constituiesc o dovadă.

Modul de acțiune. În ceea ce privește modul de acțiune a sulfamidelor în organism, toți autorii sunt de acord în a admite că această acțiune nu este direct bactericidă și că în mare parte se bazează pe capacitatea de reacțiune a organismului față de infecțiuni. „Sulfamidele nu își exercită acțiunea lor decât după un timp de latență, după ce au suferit în organism o transformare progresivă în derivate hidroxil-aminatate, veritabili agenți microbicizi. Microorganisme sub acțiunea toxică a medicamentului încetează să se înmulțească și devin o pradă ușoară pentru leucocite. Germenii microbieni au devenit vulnerabili și distrucțiunea lor continuă urmând procesele normale de apărare ale organismului” (R. Fabre).

Fenomene de intoleranță.

Întrebuțate pe o scară întinsă și în cantități mari ca orice substanță străină introdusă în organism și sulfamidele pot da fenomene toxice și de intoleranță. Nu ne vom extinde și ne mulțumim numai să indicăm aceste manifestări, care se pot grupa în trei categorii: manifestări generale, manifestări cutanate și alterări ale sângelui și organelor hemato-poetice.

Manifestări generale: fenomene de intoleranță gastrică, grețuri, greutate și presiune epigastrică, lipsa poftei de mâncare, vărsături, diaree, stare generală proastă, indispoziție, vââlturi în urechi, amețeli, stări depresive sau agitații, dureri de cap, hematurie, clanoză.

Manifestări cutanate: eritem rubeoliform, morbiliform, scarlatiniform, eriteme complexe, exantem cu pete albastre, eritem papulos, urticarie, eritem exudativ multiform, eritrodermie exfoliativă, stomatite, fenomene alergice (edem Quincke etc.) (Bertin-Hurlez).

Alterări ale sângelui și organelor hemato-poetice: met-hemoglobinemie, sulhemoglobinemie, hematurii, anemie și agranulocitoză.

În general toate aceste manifestări, exceptând agranulocitoza, sunt benigne și trecătoare. Ele nu trebuie să constituie o contraindicație pentru continuarea tratamentului, natural cu o oarecare grijă.

Cele mai des întâlnite și cele mai comune sunt alterările stării generale, fenomenele de intoleranță gastrică, durerile de cap.

Pentru înlăturarea și prevenirea fenomenelor dispeptice noi am administrat întotdeauna medicamentul zdrobit, amestecat cu bicarbonat de sodiu și cu puțin lichid (ceal, strop, lapte sau apă). Nu am avut niciun caz unde să fi fost nevoiți să întrerupem tratamentul, să recurgem la injecții sau la administrarea sulfamidelor pe cale rectală. Nu am observat manifestări cutanate, alterări ale sângelui sau organelor hemato-poetice; într'un singur caz un bolnav a avut o clanoză pronunțată, care însă nu ne-a împiedecat să continuăm

tratamentul până la sfârșit, clanoza dispărând după încetarea administrării sulfamidelor.

Contraindicațiuni. Administrarea sulfamidelor este contraindicată în neutropenie, leucopenie, anemii grave, icter, hepatită, graviditate (dozele mari), afecțiunile renale grave, (albuminuria numai, nu constituie o contraindicație) și fenomene accentuate de intoleranță care nu dispar după reducerea sau suprimarea administrării.

De sigur că în toate aceste cazuri în care nu putem utiliza sulfamidele, vom face apel la chinoloterapie, care constituie încă un bun mijloc terapeutic.

O chestiune care s'a discutat în repetate rânduri în legătură cu terapia pneumoniei este aceea a expectativelor.

Iată ce spunea Grisolles în prefața celei de a doua ediții a tratatului său despre „Tratatul pneumoniei” (1841 ed. I, 1864 ed. II-a): „la epoca când a apărut prima ediție a acestui cârți nimeni nu contesta importanța unei intervenții active în tratamentul pneumoniei; nu cunoșteam decât doi medici la Paris, care îndrăzneau să se ridice împotriva practicii tuturor: aceștia erau Biett și Magendie. Primul, dermatolog, nu avea autoritate în această chestiune. În ceea ce-l privește pe Magendie îl privim ca un experimentator îndrăzneț, abil și tenace; însă era un medic mediocru, sceptic în toate lucrurile mai ales în terapeutică. Expectativa pe care o recomanda era, este adevărat, adesea violată de internii săi, care practicau pe ascuns sângeri și emeticele”.

În afară de acești doi francezi au fost însă și alții care s'au ridicat împotriva terapiei timpurii și au propus expectativa. Dietl, (1839) a tratat trei seri de cazuri în același timp, prin emisie de sânge, tratatul de stibiu și expectativă; mortalitatea prin metoda pasivă a fost numai de 7%, pe când în celelalte seri era de 20%. Au mai fost și alții Bennett (Edinburgh), Magnus Huss (Stockholm), care au obținut rezultate analoage.

Mortalitatea de 20% nici nu era ridicată. Majoritatea statisticilor de până acum 5 ani conțin cifre nu cu mult inferioare, ba chiar mai ridicate. Așa că problema expectativei s'a discutat din nou. În 1936 la un spital din Berlin (Rudolf Hess Krankenhaus) din 54 bolnavi netratați, (numai unul s'a dat Strophantină), au murit numai 5 și toți 5 erau între 62—88 ani. Deci un procent de 9,2%, procent pe care îl întâlnim în puține statistici, privind orice medicațiune până la aceea dată.

Acest lucru a fost remarcat și este întotdeauna relevat de către Prof. Haefeghanu în cursurile Dănsului.

Amintesc 2 cazuri: întâiul al unui bolnav în vârstă de 59 ani care s'a prezentat cu o pneumonie lobară într'a 6-a zi de boală. I-am administrat Dagenan 10 gr. pentru ca după 24 ore, în ziua a 7-a să facă criza; al doilea un bolnav de 20 ani, cu pneumonia lobului superior și mijlocu dr. în ziua 9-a. După administrarea

ANEMOCIT

Injectii à 2 cmc.

Extract de ficat injectabil, bine desalbuminat și delipoidat

Cuții cu 5 fiole à 2 cmc.

Anemii pernicioase, gravidice, convalescență.

ANEMOCIT FORTE

in fiole à 5 cmc.

Extract de ficat injectabil, bine desalbuminat și delipoidat

Cuții cu 5 fiole à 2 cmc.

Anemii pernicioase, gravidice, convalescență.

ANEMOCIT DRAGELE

Flacon à 30 bucăți

Formula :

Principiu antianemic din ficat	0,03	gr.
Protoxalat de fier	0,05	"
Complex vitaminic B din drojdie	0,10	"
Extract de mucoasă stomachică	0,10	"
Excipient aromatizant	0,25	"
pe bucată.		

Anemii pernicioase, gravidice, convalescență.

CEREBROTONIN

Tonic reconstituant pe bază de glicerofosfați, extract de ficat și vitamina B.

Forma A cu arsen

Formula :

Glicerofosfați/Ca, Fe, Na și strichnină	3%
Vitamina B, extract concentrat	2%
Extract de ficat concentrat	1%
Gluconat de calciu	1%
Clorură de magneziu	0,5%
Formiat de sodiu	0,2%
Extract de cola	1%
Metilarseniat de sodiu	0,05%
Clorură de mangan	0,02%
Excipient aromatizant q. s. ad.	100 cmc.

Format B fără arsen

Formula :

Glicerofosfați/Ca, Fe, Na și strichnină	3%
Vitamina B extract concentrat	2%
Extract de ficat concentrat	1%
Gluconat de calciu	1%
Clorură de magneziu	0,5%
Formiat de sodiu	0,2%
Extract de cola	1%
Clorură de mangan	0,02%
Excipient aromatizant q. s. ad.	100 cmc.

Stări de slăbiciune nervoasă, anemie, depresiune, neurastenii, surmenaj, convalescență.

Mostre și literatură :

„NEOFARM“ Laborator Chimico-Farmaceutic

București V, Calea Vitanului 11 — Telefon 5.73.46.



„Examenul clinic pentru Kamillen-Spuman, care s'a extins asupra unui mare lot de bolnavi, a adus dovada valorificării preparatului, astfel se poate zice că el umple un gol în rândurile medicamentelor indicate pentru tratamentul local al maladiilor genitale feminine“.

Dr. A. RICHARD „MEDIZINISHE KLINIK“
1940. Nr. 15.

Kamillen-Spuman

O IDEALĂ TERAPIE VAGINALĂ CU CHAMOMILLA
LA LEUCOREE NEINFECȚIOASĂ

și pentru tratamentul intermediar și final
la orice terapie vaginală medicamentoasă
precum și ca desodorant vaginal.

Ambalaj original cu 12 dijiuri à 1 gr.

Literatură despre Kamillen-Spuman la cerere

LUITPOLD-WERK, MÜNCHEN

Depozit permanent al preparatelor Luitpold-Werk în România :

„DROGUERIA STANDARD“ S. A. R.

București I — Str. Sf. Ionică, 8

de Eleudron în doze masive în ziua a 11-a a făcut criza. Sunt aceste vindecări datorite sulfamidelor sau evoluției naturale a pneumoniei? Notăm, că până la data internării în clinică acești bolnavi n'au făcut niciun tratament.

De sigur nu putem generaliza; expectativa nu trebuie să constituie un mijloc terapeutic. Aceste experiențe ne învață însă să respectăm forțele naturale de apărare ale organismului și să nu abuzăm de mijloacele de tratament pe care le avem la îndemână.

Din cele observate de noi formulăm următoarele concluzii: 1. Dintre toate medicamentele utilizate până acum în tratamentul pneumoniei cu sulfamidele s'a obținut cel mai desăvârșit succes.

2. Pentru ca să fie eficace tratamentul trebuie să fie precoce și medicamentele să fie administrate în doze suficiente.

3. În cazurile noastre am utilizat următoarea schemă de tratament: 12 tablete a 0,5 gr., la fiecare oră o tabletă — 3—4 ore pauză, — 12 tablete a 0,5 gr. la fiecare oră — 3—4 ore pauză. Dacă temperatura scădea, reduceam doza la 4 gr. în 24 ore, apoi 3 gr., 2 gr., etc. Dacă nu scădea continuam cu administrarea ca la

inceput încă de 2 ori 12 tablete, în total 24 gr. în 56 ore, dând apoi doze descrescând ca mai sus.

4. Dacă intervenim în primele 48 ore se scurtează considerabil durată pneumoniei, vindecarea survenind în ziua a 3-a—4-a a bolii.

5. Dacă intervenim mai târziu, în ziua a 4-a, 5-a, evoluția pneumoniei își urmează cursul, într-o formă mult mai benignă însă și mai ușor de suportat pentru bolnav.

6. Complicațiile care se pot ivi în cursul sau în urma pneumoniei (abces pulmonar, pleurezii, empiem), apar într-un procent foarte scăzut.

7. Fenomenele toxice și de intoleranță care survin nu trebuie să ne împiedice în continuarea tratamentului. Singura complicație de temut este agranulocitoza.

8. Pentru ca să înlăturăm fenomenele dispeptice, administrăm medicamentul zdrobit amestecat cu bicarbonat de sodiu și cu lichide multe.

9. Dintre toate combinațiile sulfanilamidelor legăturile thlasol și ethylthlasol dau cele mai reduse manifestări toxice și sunt mai ușor de suportat.

CLINICA MEDICALĂ I

Director Prof. Dr. Iuliu Hațieganu.

Probleme sociale

Tuberculoza în regiunea minieră din circ. sanitară Roșia Montană — Alba

de

Dr. C. Ienei

Medic al circ. Abrud

Studiul tuberculozei în circumscripția Roșia Montană, prin numărul mare de îmbolnăviri și morți, prezintă o deosebită importanță. Importanța acestei probleme rezidă și în faptul că, comuna Roșia Montană prin conținutul subsolului, cu minereuri de aur și argint, posedă multe întreprinderi de exploatare a aurului, cu mari aglomerări de muncitori (2000—3000), care prin felul ocupației lor de minier, a condițiilor și standardului de viață scăzut, constituie un mediu prielnic de favorizare și persistență a unei endemii tuberculoase. La aceste întreprinderi, lucrează muncitori, femei și chiar copii, nu numai din Roșia Montană ci și din aproape toate comunele plășii Abrud. Focarul de îmbolnăvire nu se limitează la comunele acestei circumscripții, ci își exercită influențele nefaste și asupra populației din întreaga plasă.

Dacă mai luăm în considerare împrejurarea că, după întreprinderile miniere aurifere ale Soc. „Mica” din județul Hunedoara, regiunea Roșia Montană ur-

mează a doua în țară, ca producție de aur, importanța studiului tuberculozei și a măsurilor de combatere trebuie să constituie una din cele mai serioase preocupări a tuturor factorilor răspunzători.

Circumscripția Roșia Montană, situată în partea de Nord Vest a județului Alba, se compune din comunele Roșia Montană cu 2840 locuitori (media pe 5 ani), Cărpiniș cu 1656 și Corna cu 803 locuitori, deci un total de 5299 locuitori. Comuna Roșia Montană, reședința circumscripției, este situată la 76 Km de Alba-Iulia și 12 Km de orașul Abrud. Circumscripția are o suprafață de aproximativ 45 Km², reeșind la un Km: 118 locuitori. După naționalitate comunele Cărpiniș și Corna sunt curat românești, în Roșia Montană: 70% Români, restul de 30% Maghiari și câțiva Germani.

Ocupația locuitorilor este: Roșia Montană: 95% minieri, 5% mici comercianți și industriași. În comunele Cărpiniș și Corna 20—30% minieri și 70—80% economi, mici gospodari și crescători de vite.

Altitudinea regiunii variază între 630-1000 m. deasupra mării. Temperatura anuală variază între + 30° și - 20°, temperatura diurnă, are variațiuni medii, ceea ce face climatul foarte plăcut. Ploile sunt frecvente, umiditatea însă nu este mare din cauza scurgerii repezi a apei. Din cauza adăpostului format din munți, umidității minime și a altitudinii subalpine, circumscripția prezintă o climă foarte avantajoasă pentru populație, observându-se - mai ales în timpul verii - o mare afluență de vilegiaturiști și a unor suferinzi (anemie, deb. generală, convalescență). Ca fenomen particular al acestei regiuni, este de menționat mineralizarea rocilor eruptive de ziolite și a sedimentului cu aur, argint și alte metale. De aici importanța acestei regiuni ca: *vestit centru minier încă de pe vremea Romanilor.*

Date demografice: În circumscripție cu un total de 5299 locuitori, sau înregistrat - medie pe 5 ani - : Natalitate: 29,9‰. Mortalitatea generală: 18,1‰. Excedent natural: 11,9‰ și Mortalitate infantilă: 17,9‰.

Instituție și personal sanitar existent: Un medic de circumscripție, care îndeplinește și funcțiunea de medic consultant al Casei de Asigurări Sociale; una soră de ocrotire, un agent sanitar, o infirmieră la Dispensarul Casei Asig. Soc. și două moașe bătrâne cu pregătire rudimentară. Ca instituție sanitară, Casa Asig. Soc. dispune de un Dispensar la sediul circumscripției în Roșia Montană, plasat într'un edificiu vechiu și necorespunzător. Dispensarul este înzestrat cu mobilier și instrumentar demodat, insuficient și absolut necorespunzător cerințelor unor consultații serioase și posibilității aplicării de tratamente la un așa număr mare de asigurați.

Morbiditatea și mortalitatea tuberculoasă: De mai mulți ani examinând radiologic (radioscopie și radiografie) un mare număr de bolnavi din circumscripția Roșia Montană, am fost impresionat și surprins de numărul mare de bolnavi descoperiți cu diferite leziuni tuberculoase. Cercetând mai deaproape registrele și statisticele aflate la sediul circumscripției, cu evidența cazurilor de îmbolnăvire și morți de tuberculoză, pe ultimii 5 ani, desprind următoarele date: Circ. Roșia Montană are un număr mare de îmbolnăviri și morți de tuberculoză. Tabloul de mai jos înfățișează morbiditatea și mortalitatea tuberculoasă pe ani, comune și total pe circumscripție. Calculele de procentaj sunt raportate la 100.000 locuitori.

Anul	C o m u n a	Nr. locuitorilor	Morbiditate		Mortalitate	
			global	la ‰/0000	global	la ‰/0000
1937	Roșia Montană	2897	62	2140,1	4	138,0
	Cărpiniș	1616	10	618,8	3	173,2
	Corna	770	4	518,4	-	-
Total circumscripție		5283	76	1431,6	7	132,5

Anul	C o m u n a	Nr. locuitorilor	Morbiditate		Mortalitate	
			global	la ‰/0000	global	la ‰/0000
1938	Roșia Montană	2803	65	2711,7	5	179,0
	Cărpiniș	1653	14	846,9	3	181,4
	Corna	805	6	759,1	3	372,5
Total circumscripție		5261	85	1615,6	11	209,0
1939	Roșia Montană	2825	64	2265,4	5	179,0
	Cărpiniș	1661	14	842,8	1	62,2
	Corna	805	5	621,1	1	124,2
Total circumscripție		5291	83	1568,7	7	132,7
1940	Roșia Montană	2834	66	2378,8	5	179,0
	Cărpiniș	1697	12	707,1	3	176,7
	Corna	825	8	969,6	2	242,4
Total circumscripție		5356	86	1605,6	10	187,8
1941	Roșia Montană	2841	68	2393,5	7	246,3
	Cărpiniș	1654	11	665,0	5	302,2
	Corna	812	9	1102,3	3	369,5
Total circumscripție		5307	88	1658,1	15	301,4

Tabloul de mai sus evidențiază o morbiditate tuberculoasă care variază între 1431,69 la 100.000 locuitori în 1937 (în acest an pe țară au fost înregistrate 455,8 cazuri la 190.000 locuitori) și 1658,19 ‰ în anul 1941.

Ca număr de îmbolnăvire, din întreaga circumscripție, comuna Roșia Montană, deține locul principal. Numărul cazurilor de îmbolnăvire în această comună, variază între 2140,14 la ‰/0000 locuitori în anul 1937 și 2393,5 la ‰/0000 locuitori în anul 1941. Urmăzând apoi comuna Corna cu un număr de 518,4 cazuri la 100.000 locuitori în anul 1937 și 1102,3 la ‰/0000 cazuri pentru anul 1941. În al treilea rând se situează comuna Cărpiniș cu un număr de 618,8 ‰/0000 cazuri în 1937 și 665,0 ‰/0000 în 1941, cifră maximă în această comună fiind în anul 1938 cu un număr de 846,9 ‰/0000 cazuri.

Media pe 5 ani arată: 2288,7 cazuri la ‰/0000 locuitori în comuna Roșia Montană; 797,0 ‰/0000 în comuna Corna și 736,11 ‰/0000 pentru comuna Cărpiniș. Media pe 5 ani (1937-1941) pentru întreaga circumscripție fiind de 1577,6 la 100.000 locuitori.

În ce privește cifra *Mortalității* pe 5 ani și comune, este: Roșia Montană: 183,0:100.000, Corna 224,1: ‰/0000, Cărpiniș 181,1 ‰/0000. Pe circumscripție: 188,71 ‰/0000.

Morbiditatea și mortalitatea tuberculoasă, media pe 5 ani:

Media anuală	C o m u n a	Nr. locuitorilor	Morbiditate		Mortalitate	
			global	‰/0000	global	‰/0000
1937-1941	Roșia Montană	2840	65,0	2288,7	5,2	183,0
	Cărpiniș	1656	12,2	736,1	3,0	181,1
	Corna	803	6,4	797,0	1,8	224,1
Total pe circumscripție		5299	83,6	1577,6	10,0	183,7

Atât morbiditatea cât și mortalitatea, cu toate cifrele ridicate nu sunt încă cele reale. Printr'o anchetă amănunțită clinică, radiologică și biologică, - așa cum au fost făcute de către Dr. I. Stoichiția și Popescu în 74 comune din raza Inspectoratului sanitar Sibiu, cu 40.000 examene radiologice, Dr. Daniello în plasa model Gilău, apoi printre studenții Universității Cluj, Dr. Bălăteanu și Alexa în Centrul de Demonstrație Tomești - regiune rurală din Moldova la 4636 locuitori cu 3949 examene radiologice - și la 4 fabrici cu un total de 2404 lucrători, Dr. Nasta în circ. Brănești, Dr. Bălănescu și Dr. Saim într'un sat din Buzău și alții,¹⁾ numărul celor bolnavi, atât printre muncitorii minieri, cât și printre populația acestei regiuni, ar arăta cifre și mai înspăimântătoare. De asemenea nu poate fi luat ca absolut real nici numărul cazurilor de morți introduse în Buletinele de moarte, întru cât afară de comuna de reședință - Roșia Montană - verificările de moarte s'au făcut de necroscopi fără pregătire corespunzătoare. Sub masca debilității senile, astm cardiac, bronșită cronică, emfizem pulmonar, insuficiență cardiacă etc., au scăpat și scapă și azi multe cazuri de moarte datorită tuberculozei pulmonare.

De prezent sunt în evidența circumscripției 88 cazuri de îmbolnăviri tuberculoase (pe lângă examenul clinic, cei mai mulți au fost examinați și radiologic - scopie și unii radiografic). După sex: 59 bărbați (67,1%) și 29 femei (32,9%). După ocupație: 45 minieri (51,1%), 25 soții de minier (28,4). Alte ocupații 9, (10,2%). Copii 6 (6,8%). Servitori 3, (3,4%).

Distribuția după vârstă și sex este următoarea:

Vârsta	Bărbați	Femei	Total	%
Sub 15 ani	5	1	6	5,28
15-19	3	1	4	3,52
20-29	10	4	14	12,32
30-39	14	5	19	16,72
40-49	12	11	23	20,24
50-59	7	4	11	9,68
60-69	8	3	11	9,68
Total	59	29	88	

Numărul mare de cazuri la minieri și soțiile de minieri, care împreună dau un procent de 79,5% din totalul cazurilor în evidență, arată influența ocupației de minier în îmbolnăvirea tuberculoasă din aceasta regiune. După vârstă cele mai multe cazuri se situează în grupa de 20-49 ani pentru bărbați și 40-49 pentru femei. Aceasta se datorește în mare parte caracteristicii îmbolnăvirii și formei tuberculoase la minieri și soțiile lor, care în majoritatea cazurilor lucrează alături de bărbat. La aceștia de obicei, tuberculoza pulmonară

se grefează, după mai mulți ani de muncă istovitoare, pe vechi leziuni sclerotice de pneumoconioză, devenind manifestă de cele mai multe ori după vârsta de 30 ani. Imbolnăvirea tuberculoasă la acești bolnavi minieri, având o formă și un mers cronic cu o stare generală puțin alterată, cei mai mulți dintre ei, continuă să lucreze, răspândind în familie și printre tovarășii de muncă, infecțiunea tuberculoasă.

Ca formă de tuberculoză, cele 88 cazuri se repartizează astfel:

Forma TBC	Global	%
Pulmonară	72	81,8
Ganglionară	8	9,2
Osteo-artic.	7	7,9
Peritoneală	1	1,1
Total	88	100,1

Din 88 de cazuri de tuberculoză în evidență, 72 cazuri, adică 81,8%, sunt forme de tuberculoză pulmonară, iar restul de 16, adică 17,8%, alte forme. - *Ca tratament*: din 88 de cazuri, 8 au fost internate în spital (Spitalul Abrud și Sebeș), 2 cazuri la Clinica din Cluj și numai unul la Sanatorul Cosmuța din Cluj, - restul tratați la dispensar și domiciliu cu diferite tratamente medicamentuoase uzuale. Durata internării în spital și sanator la nici un caz nu a fost mai mare de 6 săptămâni.

Cauzele îmbolnăvirii tuberculoase, cu referire la condițiile din circ. Roșia Montană

1. *Ocupația*. - Principala ocupație a locuitorilor din Roșia Montană și a marei părți a locuitorilor din Corna și Cărpiniș, este mineritul cu aur, ocupație care se exercită în subsol la întunec, într'o atmosferă închisă, cu mult praf, în condiții de salubritate mult inferioare față de alte întreprinderi și industrii. Această ocupație favorizează ivirea diferitelor afecțiuni broncho-pulmonare (bronșită cronică, emfizem pulmonar, dilatații bronșice, scleroze pulmonare, astmă), ori este bine stabilit că dela aceste afecțiuni conecționale și până la tuberculoza pulmonară, nu este decât un pas. Cei mai mulți dintre muncitorii minieri, având și o alimentație insuficientă, calitativ adeseori și cantitativ, trăind în condiții de igienă și locuință nesatisfăcătoare, pe de altă parte uzând în mare măsură de beuturi spirituoase, sunt tot atâtea împrejurări de slăbirea rezistenței față de boală, favorizând grefarea tuberculozei pe vechile lor leziuni broncho-pulmonare de pneumoconioză.

Trebue să subliniem apoi și faptul, că foarte mulți muncitori, după expirarea celor 8 ore de muncă reglementară la diferite întreprinderi de stat și particulare (Minele Statului dispun de 450-500 muncitori), continuă

¹⁾ Al 4-lea Congres Național de tuberculoză, Cernăuți 1939, Vol. I și II, Rapoarte și Comunicări.

să lucreze și peste aceste ore, fie la minele lor proprii, fie angajându-se la alți proprietari, iar cei din comunele și cătunele învecinate, la distanțe de 5-15 km., zi de zi parcurg aceste distanțe pe dealuri, la intrare și eșirea din mină. Toate acestea îi obligă la supraeforturi fizice, constituind cauze de istovirea totală a organismului.

Istovirea și debilitatea fizică se remarcă și la generațiile tinere: premilitari, recruți. În această regiune minieră, fără nici un menajament, diferite întreprinderi particulare, întrebuințează și copii de la 10-15 ani, obligându-i la lucruri foarte grele de mină, alături de adulți. Influența dezastruoasă a acestei munci, asupra copiilor în dezvoltare, nu întârzie să se arate. Acești copii, la vârsta premilitară și la recrutare se prezintă în condițiuni de sănătate detestabile, debili, anemici, piperniciți, cu diferite diformări corporale, leziuni organice, broncho-pulmonare și alte boli. După câțiva ani, dintre aceștia cad cei mai mulți victimă tuberculozei pulmonare.

2. Alcoolismul. - Printre locuitorii regiunii miniere din Roșia Montană, ca de altfel și printre întreaga populație din munți, plaga alcoolismului este adânc înrădăcinată. Cele 12 cârciume (înainte au fost peste 20), existente - toate în stare de funcțiune - în comuna Roșia Montană cu un număr de 2840 locuitori, unde zilnic se consumă cantități enorme de beuturi spirituoase (rachiu, țuică, vin, bere), sunt fapte care pledează pentru aceasta, fără nici un alt comentariu. Dacă mai luăm în considerare și cele 17 localuri de beuturi spirituoase din orașul Abrud cu un număr de 2340 locuitori, localuri frecventate aproape zilnic, dar cu deosebire la zile de târguri săptămânale și de țară, de muncitori, putem face o icoană fidelă a gravității alcoolismului, printre lucrătorii mineri. Având la dispoziție, în fiecare colț de stradă, mai multe cârciume, cei mai mulți mineri preferă să-și intoxice organismul, slăbindu-i rezistența și așternând patul tuberculozei, în loc să-și utilizeze banii agonisiți cu grea muncă, pentru întreținerea lor, familiei și gospodăriei, în condițiuni mai omenești.

3. Alimentația. - Alimentația întregii populații din regiunile muntoase lasă mult de dorit. Toate acestea au fost arătate în studii bine și amănunțit documentate de către Dr. Benetato, Dr. C. Georgescu și Dr. P. Râmneanțu în Ardeal și Dr. M. Enescu în Moldova. Ancheta d-lui Dr. Benetato în comuna Măguri (Munții Apuseni),¹⁾ arată că alimentația populației este sub nivelul standardului fiziologic. Calitativ este deficitară, lipsind din alimentația lor cantitățile necesare de proteină animală (cu deosebire carnea), vitaminele, sărurile de calciu, fosfor, fier. Alimentația muncitorilor mineri

și a întregii populații rurale din plasa Abrud, este deficitară atât în principii alimentare (proteine - carne, brânzeturi - leguminoase, fructe etc.) cât și ca mod de preparare. Locuitorii din aceste părți, chiar și cei înstăriți, afară de câteva preparate de supe (cartofi, fasole, varză), tocană și încă câteva mâncări, nu știu să pregătească și alte mâncări mai gustoase și variate. De acestea ne-am convins casă de casă cu ocazia ofensivei sanitare din 1938.

Cei mai mulți muncitori mineri - mai ales cei din comunele învecinate, - după munca lor grea și în condiții de salubritate inferioare, în loc de o mâncare caldă, corespunzătoare calitativ, cu o valoare energetică, în măsură să le înlocuiască pierderile suferite în câmpul muncii lor de mineri, mănâncă ceea ce își pot aduce în desag, sau ceea ce mai rămâne la sosirea lor acasă. De cele mai multe ori alimentația se reduce la o mâncare rece, deficitară din punct de vedere calitativ. Mâncările mai obicinuie sunt: pâinea cu ceapă, castraveți, cartofi, mai rar slănină, lapte și ouă, și foarte rar - cu deosebire vara și toamna - carne.

4. Locuințe neigienice, suprapopulate, și viață neigienică. - În comunele din Munții, printre care face parte și regiunea minieră Roșia Montană, locuințele sunt în mare parte necorespunzătoare, camere puține, mici, suprapopulate, fără lumină și ventilație satisfăcătoare, cu lipsa adeseori a celor mai elementare condiții de igienă. O mare parte din populație trăiește în mare murdărie și promiscuitate, refractară la sfaturile și indicațiile noastre de curățenie și asanare.

Organizarea luptei antituberculoase în circumscripția Roșia Montană. - Măsuri de combatere

1. Depistarea. Condiția principală pentru reușita aplicării măsurilor de combatere este opera de depistare a cazurilor de îmbolnăvire. Prin examinarea singuraticelor cazuri și cu lipsa mijloacelor moderne de examinare, nicicând depistarea nu-și va atinge scopul urmărit, de a descoperi totalitatea, sau în cel mai rău caz majoritatea îmbolnăvirilor dintr-o colectivitate sau formațiune muncitorească și de a surprinde boala într-o fază precoce cât mai aproape de data la care bolnavul tuberculos a devenit contagios. Prin felul ocupațiunii locuitorilor - mineri - fiind expuși infecțiunii și îmbolnăvirii tuberculoase, este necesară examinarea în masă, prin mijloacele radiologice. Aceste examene vor interesa în primul rând muncitorii mineri și familia lor. Pentru a surprinde boala într-o fază precoce, examinările vor trebui făcute periodic, la cel puțin 5-6 luni, la toți muncitorii mineri. Cu deosebire pentru muncitorii mineri - la cari de cele mai multeori tuberculoza pulmonară este o complicație a diferitelor afecțiuni broncho-pulmonare de pneumoconoză, caracterizându-se printr-o evoluție latentă cronică, prezentând un timp

¹⁾ Revista Igienă Socială, Ian.-Iunie 1940.

destul de îndelungat o stare generală bună și o anumită capacitate de muncă, acești bolnavi nu se prezintă la consultații decât târziu, când leziunile tuberculoase au evoluat (gr. II și III) și când starea generală nu-i mai permite continuarea lucrului - aceste examinări periodice trebuiesc necondiționat făcute.

Examinarea radiologică ar trebui să fie obligatorie pentru fiecare lucrător minier înainte de angajare. Bolnavii tuberculoși, surse de contagiune, nu vor fi admiși, iar cei slabi cu diferite leziuni cronice ale aparatului respirator (bronșită cronică, emfizem pulmonar, astmă, sclerozele hilare, pulmonare etc.), boli cari la muncitorii mineri de cele mai multe ori se complică cu tuberculoza pulmonară, vor fi eliminați dela lucrări grele de mină și repartizați pentru lucrări de suprafață.

Un bun indicator al răspândirii infecției tuberculoase într-o colectivitate, este reacția la tuberculină. (R. Pirquet sau mai bine intra-dermo Reacția lui Mantoux.) Această reacție ar fi bine să fie executată în această regiune cu endemie tuberculoasă la toți elevii de școală. Cei cari vor reacționa pozitiv și intens pozitiv, vor arăta drumul pentru depistarea noilor cazuri printre aparținătorii lor (părinți, frați, surori, rude etc.). Atât elevii cu reacții pozitive și intens pozitive, cât și familia lor, vor fi amănunțit examinați clinic și radiologic.

Prin examinarea radiologică a muncitorilor înainte de angajare, și periodic la 5-6 luni, prin executarea reacției la tuberculină, la elevii școlari, - cu examinarea celor cu reacții pozitive și intens pozitive, precum și a membrilor lor de familie, - pe de altă parte prin urmărirea mai de aproape a membrilor de familie cari au avut sau au un caz cunoscut de tuberculoză, - de cedat - aproape totalitatea cazurilor de îmbolnăvire tuberculoasă din această regiune s'ar putea descoperi. Prin acest sistem, după părerea unanimă a cercetătorilor, s'au putut descoperi 91,50% din totalitatea cazurilor de tuberculoză, dintr-o colectivitate rurală (Dr. Ciucă, Nasta, Irimescu) și abia 8,5% scăpând cercetării.

Pentru punerea în aplicare a operei de depistare, întâi de toate în locul actualului dispensar învechit, necorespunzător și insuficient utilat, se cere imperios un dispensar modern de unde să nu lipsească aparatul de radiologie și alte instrumente necesare: microscop, ap. sedimentar al globulelor roșii, aparat pneumotorace, aparate de fizioterapie etc. Nu se poate concepe o combatere rațională a tuberculozei în această mare masă de muncitori mineri, cu endemie tuberculoasă, fără existența acestui dispensar, înzestrat cu toate mijloacele de diagnostic și tratament modern. „Depistarea modernă a tuberculozei este o adevărată vânătoare dusă cu cele mai perfecționate arme împotriva unei boli, care își

disimulează prezența cu o rară măiestrie.“ Tuberculoza incipientă trebuie văzută, nu auzită (Dr. L. Daniello).¹⁾

Dispensarul s'ar putea construi în deplin acord de Casa de Asig. Sociale și Ministerul Sănătății. Luând în considerare faptul că 80-90% din populația comunei Roșia Montană, este asigurată, nu ar fi de prea mare folos dacă în aceasta circumscripție ar exista 2 dispensare, unul pentru Asigurările Sociale și altul pentru Serviciul Sanitar al M. S. Este mai preferabil un singur dispensar construit după toate cerințele moderne, cu locuința medicului, personal sanitar auxiliar și mai multe camere pentru dispensarul propriu zis, înzestrat cu toate aparatele și instrumentele necesare - cel mai important aparatul Roentgen - decât 2 dispensare aparte, fără să întrunească toate cerințele susmenționate. Contopirea instituțiilor identice din aceeași localitate ar însemna nu numai o economie considerabilă, dar ar da și posibilitatea creerii unor instituții mai ample, mai perfect utilate, cu un personal de specialitate și cu un nivel al activității fără îndoială superior celui actual (Dr. Iuliu Moldovan).²⁾

Medicul de circumscripție respectiv lucrând și la Casa de Asig. Sociale, va avea posibilitatea să cunoască temeinic problema tuberculozei, iar prin aceasta munca lui de combatere a plăgilor sociale - printre care tuberculoza figurează pe primul plan - va fi mai ușoară și mai eficace. Prin aceasta medicul de circumscripție va câștiga experiență, practică și îndemănare, urmând apoi și unele cursuri de perfecționare la diferite Clinici și spitale de specialitate, acest medic va putea lucra cu timpul în condiții tot așa de bune ca și un specialist în materie de ftiziologie. Nu trebuie așteptat numai avizul medicului specialist, ci ținut seamă de cel al medicului practician, care când îi atent și are instrucție făcută în aceasta direcție, având la îndemână și mijloacele necesare pentru aceasta, poate semna primele simptome revelatoare de boală (Dr. Irimescu).

Pentru ca medicul să fie atras spre o muncă cu adevărat folositoare și în stare să-și poată perfecționa cunoștințele lui medicale științifice și practice, trebuie să aibă la dispoziție nu numai entuziasm și bunăvoință, ci și mijloacele de investigație și tratament în armonie cu progresul științei medicale.

Chiar dacă pentru moment acest dispensar nu poate avea organizarea și caracterul Dispensarului anti-tuberculos, (descriș amănunțit cu o competență ftiziologică desăvârșită de cătră Prof. Dr. Daniello în Buletinul Eugenic Nr. 9-12/1942), și condus de un specialist ftiziolog utilat și condus în condițiunile sus arătate, va aduce mari servicii în combaterea tuberculozei, ridicând și încrederea muncitorilor asigurați în asistența

¹⁾ Buletinul Eugenic și Biopolitic, Vol. VIII, Nr. 5-8/1942.

²⁾ Buletinul Eugenic și Biopolitic Vol. XIII, Nr. 1-4, pag. 88.

medicală, neîncrezători și nemulțumiți de lipsurile actuale, lipsuri care stânenesc elanul, capacitatea și posibilitățile de muncă ale oricărui medic. Ținând seamă apoi de faptul că la întreprinderile miniere din Roșia Montană lucrează muncitori aproape din toate comunele plășii Abrud, foloasele aplicării măsurilor de combatere și profilaxie, se vor resfrânge și asupra populației din celelalte comune.

2. Izolarea cazurilor contagioase, supravegherea lor împreună cu toată familia, asistența materială și socială a familiei tuberculoase:

a) Izolarea: Odată depistarea făcută, pentru ca aceasta să aibă toată valoarea profilactică, trebuie să urmeze și celelalte măsuri. Izolarea tuberculosului, sursă de contagiune, se impune din primul moment. Cei cu leziuni incipiente de gr. I, recuperabil după un anumit timp de cură și tratament, vor fi trimiși la Sanatoriu, iar celor cu leziuni mai întinse, care necesită un timp mai îndelungat de izolare, se va da preferință Spitalului mai apropiat. Izolarea la domiciliu, cu deosebire în regiunile unde starea culturală a populației și viața igienică lasă de dorit, este imposibilă întru cât cei mai mulți nerespectând nicio instrucție de ordin igienic și profilactic, continuă să rămână în tot cursul bolii, atât pentru familie cât și pentru colectivitate, focare periculoase de contagiune.

Pentru regiunea noastră toate acestea s'ar putea realiza, dacă Sanatoriul dela Câmpeni-Turda, situat numai la 12 Km de Roșia Montană, s'ar pune în stare de funcțiune, iar pentru cei cu leziuni înaintate, de gradul III, s'ar putea crea o secție de tuberculoză pe lângă Spitalul din Abrud;

b) Supravegherea: Bolnavul tuberculos izolat la domiciliu, înainte și după ieșirea din Spital sau Sanator, împreună cu familia sa, va fi în permanentă supraveghere a dispensarului, care prin personalul sanitar auxiliar - soră de ocrotire - va întreține o permanentă legătură de control, educație igienică și supraveghere. Toți membrii de familie vor fi examinați radiologic la un anumit interval de timp;

c) Asistența materială și socială a familiei tuberculoase: Familia bolnavului îndepărtat din sânul ei și din câmpul muncii aducătoare de câștig material, pentru întreținerea ei, va trebui asistată atât material cât și moral. Numai astfel bolnavul va accepta să supoarte cu răbdare pentru un timp mai îndelungat regimul de izolare în diferite instituții și numai astfel familia va putea fi pusă la adăpostul grelelor griji materiale.

Ținând seamă de faptul că toți muncitorii întreprinderilor din aceasta regiune, sunt membrii ai Casei de Asig. Soc., asigurații acestei Case, prin noua lege, beneficiază în mod real de asistență medicală și de toate posibilitățile profilaxiei moderne (consultații și tratamente gratuite, loc în Spital și Sanator pe durată de

3 ani cu ajutor familiar pentru cei bolnavi și incapabili de muncă, pensie - toate măsurile de izolare, supraveghere și asistență familială, se pot soluționa aproape integral și în bune condiții.

3. *Vaccinarea cu BCG.*: Se face încă din anul 1937, tuturor noilor născuți din comuna Roșia Montană. Deoarece și adulții tineri necontaminați sunt expuși infecțiunii, ar fi util ca aceștia încă să fie vaccinați.

4. *Combaterea alcoolismului*: Pe lângă o intensă propagandă de educație igienică, culturală și morală a întregii populații, făcută în strânsă colaborare și armonie cu toți reprezentanții vieții administrative, bisericești, școlare și soc. culturale (Astra), se impun în aceasta regiune cu multe localuri de desfacere a beuturilor spirtuoase, măsuri de reglementare a numărului acestor localuri. Pentru Roșia Montană în loc de 12 să rămână în funcțiune numai 2, iar în orașul Abrud din 17 maximul 5-7.

5. *Propaganda antituberculoasă*: O vie acțiune de trezire a întregului public și a conducătorilor diferitelor instituții din localitate (cu deosebire a întreprinderilor miniere) față de problema tuberculozei, este urgent necesară și trebuie să meargă mână în mână cu celelalte secțiuni de combatere și asistență. Trebuie infiltrată prin toate mijloacele posibile, în conștiința populației curabilitatea tuberculozei, atunci când este căutată la timp importanța diagnosticului precoce, atât din punct de vedere curativ cât și profilactic. La aceasta propagandă ca și la cea antialcoolică, trebuie să coopereze toți reprezentanții și conducătorii diferitelor instituții și servicii din localitate și jur. În primul rând în masa muncitorilor mineri trebuie începută și continuată fără întrerupere o adevărată școală de educație igienică, cu noțiuni asupra tuturor chestiunilor în legătură cu problema tuberculozei. Prin crearea căminului și cantinei, care ar cuprinde pe toți lucrătorii nevoiași din comunele învecinate - în permanentă supraveghere medico-sanitară - educația igienică și propaganda antituberculoasă s'ar putea realiza în condițiuni și mai bune (în tot timpul girării acestei circumscripții pe lângă sesizarea factorilor competenți, am susținut și o intensă propagandă igienică și antituberculoasă).

6. *Crearea de cămine și cantine muncitorești, îmbunătățirea condițiilor de muncă*: Pentru scutirea muncitorilor din comunele și cătunele învecinate de supraeforturile fizice făcute cu parcursul distanțelor de 5-15 Km, pe dealuri greu accesibile, pentru ameliorarea condițiilor de locuință, pe de altă parte pentru a avea la dispoziție o alimentație caldă și de bună calitate (pe un preț minim), se impune înființarea de cămin și cantină muncitorească.

În 21 Aprilie 1942 cu ocazia unei vizite a Domnului Prefect Nicolau, al județului Alba, însoțit și de

d-l Dr. Ghitea, medic primar al județului Alba, expunând starea sanitară și ravagiile tuberculozei în această regiune, pentru realizarea desideratelor de combatere și a îmbunătățirilor de ordin sanitar, (printre care înființarea căminului și cantinei muncitorești), am cerut concursul d-lor. În urma raportului făcut de d-l Prefect V. C. Nicolau s'a delegat de către Președinția Consiliului de Miniștri o comisie de anchetă sub președinția d-lui Inspector General Sanitar Dr. Cădere, care în urma cercetărilor făcute la fața locului cu mult interes și cu o competență desăvârșită, a analizat toate neajsurile, indicând eficace măsuri de îndreptare, printre care și înființarea pe lângă minele de stat (cu 450 muncitori) a două cămine - dormitoare - cu câte 10 paturi și cantină, reglementarea repausului în cursul celor 8 ore de muncă, întrebuintarea măștilor în galeriile cu mult praf, aprovizionarea cu apă potabilă în galerii și la suprafață, refacerea celor 2 instalații de baie duș, instalarea de ventilatoare în unele galerii, repararea și refacerea scărilor de coborâre în mine, prevăzute cu balustre pe margine, etc.

Prin stăruința, indicațiile tehnice impecabile date de Dr. Ghitea, medic primar al județului Alba și în urma inspecțiilor D-sale repetate la fața locului, aproape toate măsurile indicate de comisia de anchetă și altele constatate de D-sa, au fost realizate. Astfel a luat ființă 2 dormitoare cu câte 10 paturi, o cantină, sau refăcut în cele mai desăvârșite condiții de tehnică și executare cele 2 instalații de băi dușuri - dintre care una poate rivaliza cu orice instalație modernă, s'a construit un rezervor de apă după toate prevederile igienei, pentru muncitorii dela suprafață și alte îmbunătățiri de ordin sanitar.

Pentru buna funcționare și organizare economico-financiară, pe de altă parte pentru a beneficia de locuință și cantină nu numai muncitorii întreprinderilor Statului, ci și toți ceilalți cari lucrează în această comună, credem de bine ca în locul căminurilor, cantinelor singuraticelor întreprinderi, să se găsească soluția construirii unui cămin și cantină centrală modernă. În cadrul acestui cămin și cantină centrală, care ar cuprinde pe toți muncitorii mineri nevoiași din comunele învecinate, atât controlul administrativ, inspecția sanitară cât și educația igienică, atât de necesară pentru această categorie de lucrători, s'ar putea face în condițiuni cu mult mai optime.

Concluziuni

În regiunea minieră din circumscripția Roșia Montană, cu multe întreprinderi pentru exploatarea aurului și cu o mare formație muncitorească (2000-3000), cea mai arzătoare problemă sanitară, care trebuie neîntârziat soluționată, este problema tuberculozei pulmonare.

Cifra morbidității, media anuală pe cinci ani (1937-1941), arată un număr impresionant de mare de îmbolnăviri :

Comuna Roșia Montană	2288,7 ‰
„ Corna	797,0 „
„ Cărpiniș	736,1 „
Pe circumscripție	1577,0 ‰

Față de aceste cifre ridicate, pe Țară, în 1937 au fost înregistrate 455,8 cazuri la 100.000 locuitori, iar în anul 1938 556,3 : ‰. Cifra morbidității s'ar găsi și mai mare dacă s'ar executa o amănunțită anchetă radiologică printre populația și muncitorii mineri din această regiune, cum au fost întreprinse și în alte părți.

Cifra mortalității deasemenea este mai ridicată ; media anuală 1937-1941 este de 188,7 : ‰, față de 178,5 : ‰ și 167,4 : ‰, înregistrată pe țară pe anii 1937-1938.

Pentru soluționarea problemei tuberculozei, se impun următoarele realizări :

1. În localul actualului Dispensar, plasat într'un edificiu vechiu și dărăpănat, absolut necorespunzător, înzestrat cu mobilier deteriorat, cu instrumentar demodat, neutilizabil și necorespunzător cerințelor actuale, se impune construirea urgentă a unui edificiu modern unde să fie plasat dispensarul, locuința medicului, a personalului auxiliar - infirmiera, agentul sanitar și eventual sora de ocrotire. - Dispensarul, care va dispune de mai multe camere (sala de așteptare, sala de consultații, sala de tratament, sală cu aparatul de radiologie și fizioterapie), farmacia, biroul medicului și la nevoie biroul personalului sanitar auxiliar, - va fi înzestrat cu mobilier nou și instrumentar complet, de unde nu va lipsi aparatul de radiologie, aparate de fizioterapie și alte instrumente necesare.

Ținând seamă de faptul că 80-90% din populația comunei Roșia Montană face parte din Casa de Asig. Sociale, pe de altă parte pentru ca acest Dispensar să aibă toată amploarea necesară, în masa aceasta mare de muncitori mineri, ar fi bine dacă realizarea acestuia s'ar face de comun acord de Casa Asig. Sociale și Ministerul Sănătății. - Medicul de circumscripție respectiv având și însărcinarea conducerii agendelor Casei de Asig. Sociale, - acest medic trebuie să fie bine pregătit -, va câștiga experiență și practică, putând rezolva pe lângă datoriile preventive și curative și problema tuberculozei.

2. Odată Dispensarul realizat, se va începe opera de depistare a cazurilor de îmbolnăvire tuberculoasă, după următorul program :

a) Examinarea radiologică a muncitorilor mineri înainte de angajare ;

b) Periodic, la 5-6 luni ;

c) Examinarea radiologică și supravegherea permanentă a membrilor de familie a cazului de tuberculoză descoperit cu ocazia acestor examene;

d) Executarea reacției la tuberculină (R. Mantoux) la elevii de școală primară; examinarea radiologică a celor cu reacții pozitive și intens pozitive, împreună cu toți membrii de familie.

3. Toate cazurile contagioase se vor izola, cele incipiente la Sanator, iar îmbolnăvirile de gr. III, la Spital.

4. Pentru lucrătorii aparținând comunelor învecinate se va construi un cămin și cantină centrală.

5. Inspecții medicale periodice a galeriilor subterane, în vederea controlului condițiilor de muncă în mină

6. Reglementarea numărului de cârciume.

7. Concomitent cu acțiunile de asistență medicală și celelalte măsuri preventive, se va începe o vie acțiune de propagandă, educație igienică și antituberculoasă în colaborare și strânsă armonie cu toți reprezentanții conducerii miniere, administrative, bisericești, școlare și societăți culturale (Astra).

Asupra concepției terapeutice a hemoragiilor mari intraabdominale de origină genitală la femeie

(Conduita Clinicei Gynecologice și Obstetricale Cluj—Sibiu)

de

Dr. D. Căprioară

Orice repetare în medicină nu este fără folos. Ea constituie o metodă în însușirea noțiunilor ei și un element practic în terapeutică.

Reamintind și insistând, — uneori, — mai mult, decât s'ar părea necesar, asupra unor principii sau inovații în terapeutică, desvelim un adevăr pentru cel ce vor să afle și să facă și convingem, mai mult, pe cel ce știu dar nu vor să facă.

În privința celor cuprinse în titlul de mai sus, Clinica Gynecologică și Obstetrică din Cluj și-a spus la timp cuvântul.¹⁾

În fața numeroaselor cazuri cu astfel de hemoragii, care survin așa de frecvent în specialitatea noastră, cu meditația asupra soartei acestui mult sânge în cavitatea peritoneală și observația practică că aproape toate aceste cazuri respectă o evoluție clinică postope-

ratorle fertilități remontându-se relativ repede, ne-am întrebat: 1. Ce se întâmplă cu acest sânge în cantitate așa de mare pe care în graba operației și pentru buna ei reușită eram nevoiți să-l lăsăm pe loc în cavitatea abdominală? 2. Ajută el la remontarea bolnavilor? 3. Dacă ajută, în ce fel și pe ce cale? 4. Rezultă vreun interes practic de ordin terapeutic din rezolvarea acestor chestiuni?

Se înțelege că nu avem pretențiunea originalității, nici a priorității în meditația acestor probleme, ea constituind obiectul de analiză la mulți alți cercetători ca: Riedel, Benecke, Zahn, Chandler, Israel, Henchen, Herzfeld și Klinger, Pelser, Schnitzer și Ewald, Clarrnok și Haberer, Guillain și Froisler, Duperle și alții, cari; cu toții și varlat au demonstrat că: acest sânge se rezorbă în câteva ore (10—12) și cel mult și complet în 3—4 zile, că nu se coagulează, fiindcă endoteliul peritoneal ar conține substanțe anticoagulante (?) având astfel proprietăți antitrombotice, sau că, ea ar fi datorită peristalticelor organelor intraabdominale și ar fi prin urmare un proces de defibrinare, și o ultimă idee, că ar fi o rezorbție pe cale sanghină și limfatică.

Experimental (op. citat) s'a dovedit următoarele: că sângele revărsat intrabdominal se rezorbe destul de rapid și ajută la remontarea sau la menținerea animalului în viață, în afara rolului ce l-ar avea pentru aceasta, organele hemato-poetice și anume: S'au făcut emisii de sânge din artera femurală, la câni, extrăgându-li-se sânge până la limita mortalității (op. citat) și s'a injectat acest sânge intraperitoneal; la o altă serie de câni, nu s'a făcut acest lucru, adică s'a făcut esan-

¹⁾ a) Prof. Dr. Cr. Grigoriu, Docent Dr. Tr. Popoviciu: Este bine să evacuăm sângele în revărsările peritoneale aseptice? (Reuniunea de Gynecologie și Obstetrică, Cluj, 16 Febr. 1933 și Clujul Medical Nr. 7, Iulie 1933);

b) Docent Dr. Tr. Popoviciu: Conduita chirurgului în revărsările peritoneale aseptice (Societatea Științelor Medicale din Oradea, 27 Mai 1933);

c) Dr. Irimoiu: Cercetări experimentale asupra puterii de rezorbție a peritoneului (Soc. Științ. Medicale din Oradea, 27 Mai, 1933);

d) Prof. Dr. Cr. Grigoriu și Docent Dr. Ioan Voicu: „Transfuzia intraperitoneală de hetero-sânge la om”, 1 Iulie 1934;

e) Docent Ion N. Voicu: Conduita de urmat în inundațiile acute peritoneale de origină genitală. (Endocrinologie, Gynecologie și Obstetrică, anul II, Iulie 1937, Nr. 3, pag. 273).

Produse „Ufarom“ fost Egger Cluj-București

**Noua terapie specifică a tuturor
infecțiunilor strepto-stafilococice cu**

Septamid Sulfamidă albă.

tabl. în tub de 10 à 0.30
" " " " 20 à 0.30
" " borcane " 100 à 0.30

Medicațiune chimico-terapică din grupul P. Aminophenylsulfonamid lipsit total de fenomene toxice, chiar după administrare mai îndelungată.

Beneurin, vitamina B₁

mitte injecții 3 fiole de 1 cc à 5 mgr
forte " 3 " " 1 cc à 25 mgr

cristalizată, chimic pură. $C_{12}H_{17}OSCIHCl$.
Preparat conținând vitamina B₁, **vitamina antinevritică.**

INDICAȚIUNI: Vitamina B₁, fiind neurotropă are indicațiuni foarte variate în nevrite de orice origine și localizare, și polynevrite cu turburări spastice și paralitice etc.

C e v a l Vitamina C.

injecții 10/1 ccm 0.05
" 5/2 ccm 0.10
" 3/5 ccm 0.50

INDICAT: In toate cazurile unde se constată o insuficiență a vitaminei C.

Hepacit Extract de ficat și mucoasă stomacală.

injecții de 2 cmc

Extrem de activ și perfectă tolerabilitate. Ameliorează rapid starea generală, iar numărul globulelor roșii și indicele hemoglobinic crește chiar dela începutul tratamentului.

INDICAT: în anemii secundare provocate de hemoragii, anemie pernicioasă, anemii consecutive maladiilor infecțioase. Protejează celulele hepatice, evită șocul operator etc., etc. Se administrează în injecții intramusculare.

Eșantioane medicale și literatură:

Laboratorul Farm. V. G. CIOCOIU
București, str. Matei Voevod Nr. 35 - Telefon 3.88-97



ANTISCORBIN

(Vitamina „C“)

Injectii — Tablete

MEDICAȚIA VITAMINEI „C“

A R S O T A L

Dragée

ANEMIE ȘI DEBILITATE
GENERALĂ

CALCIUM HYGEA

(Calcium gluconat 10%)

Injectii 5 cmc. — 10 cmc.

MEDICAȚIE CALCICĂ
(Decalcifieri— Hemoragii— Pneumonie
Tbc)

PULMOROBIN

Sirop

BOLI PULMONARE
(Tuberculoză— Bronșite— Cathar)

S U L F A Z O L

Tablete

Chlorhydrat de sulfamido
chrisoidină și p-aminobenzen-
sulfamidă (2 : 1)

SEPTICEMII
(Preventiv în infecțiunile puerperale,
boli infecțioase)

TONICUM HYGEA

Sirop

MEDICAȚIUNE
RECONSTITUANTĂ
(Anemie— Astenie— Reconvalescență
—Fortifiant celular)

FABRICA HYGEA-CLUJ S. A. R. BUCUREȘTI
SPLAIUL URIRII 127 **TELEFON 4-22-44**

gălnirea fără să se mai injecteze, sângele extras, intraperitoneal. După intervale de timp de 30', 12 ore, 24 ore sau 2—21 zile, s'a repetat experiența făcându-se din nou emisia de sânge de aceeași manieră și intensitate ca și mai înainte, urmată sau nu de injectarea intrabdominală a sângelui extras. Rezultatul a fost că, animalele la care s'a injectat intrabdominal, sângele extras au supraviețuit, pe când martorii lor, adică, acei la care s'a făcut esanghinare dar nu li s'a dat sângele scos, intrabdominal, au sucombat.

Concluzia: Intervenția funcțiilor organelor hematopoetice pentru refacerea calitativă și cantitativă a sângelui extras, nu a fost suficientă la animalele la care nu s'a redat pe cale intrabdominală sângele scos, pentru a le scăpa de la moarte, pe când la animalele la care s'a administrat pe cale abdominală, sângele ce li s'a scos, aceasta a contribuit împreună cu funcțiunea organelor hematopoetice, la salvarea lor, remontându-le.

Tot în cursul acestor experiențe inspirate și conduse de d-l Prof. Dr. Cristea Grigoriu, s'a constatat că, scoțând sângele din timp în timp anumit, din cavitatea abdominală unde a fost injectat în prealabil, pentru a ne convinge de timpul și rapiditatea rezorbției, el nu se hemolizează și nu se coagulează, chiar după câteva zile fiind în eprubetă, fapt constatat și de noi clinic cu sângele extras prin punctia Douglasului în sarcinile extrauterine cu inundație acută.

Acest sânge ar avea calciu și fibrină, fără să conțină vreun ferment anticoagulant, trombocitii nu se evidențiază (el ar fi rezorbiți dela început sau blocați de celulele endoteliale ale peritoneului ?)

Astfel secreția trombochimozel nu se face și coagularea nu are loc (op. citat). S'a mai constatat tot cu ocazia acestor cercetări că: sângele se rezoarbe în întregime fără hemoliză și în acest timp nu se observă hemoglobinurie, hematurie, albuminurie, eliminare de săruri, pigmenți biliari, icter, etc.

S'a mai constatat că, în sângele necoagulat se găsesc multe leucocite și că după rezorbția sângelui găsim în cavitatea peritoneală un exudat cu mult mucus, chiar după mai multe zile, fapt care dovedește un proces exudativ, iritant, stimulent asupra peritoneului, produs de prezența sângelui alci.¹⁾

Această rezorbție rapidă și completă a sângelui lichid revărsat intraperitoneal s'a mai dovedit la om, la cazurile din nefericite letale la care făcându-li-se autopsy nu mult după operație nu s'a mai găsit sânge în cavitatea abdominală.

În concluzie s'a demonstrat experimental și s'a dovedit practic, la om, pe cazuri nenorocite că, acest sânge lichid, aseptice revărsat în cavitatea peritoneală se

rezoarbe rapid și total, prin intermediul și suprafața seroaselor peritoneale, pe cale sangvină și limfatică; că ajută indiscutabil la remontarea bolnavilor, fie ca stimulent al aparatului hematopoetic, fie ca analeptic, tonic general, și roborant cardiovascular. Interesul practic terapeutic și conduita tratamentului nostru în aceste cazuri, după datele explicative de mai sus a fost și este:

Sângele lichid în mare revărsare intraperitoneală și în cazurile aseptice (Sarcini extrauterine rupte, avorturi tubuare, rupturi de uter, etc.), să fie lăsat pe loc! Procedând astfel și nemai pierzând timpul cu scoaterea lui, scurtăm timpul operației, consecutiv, reducem la minimum șocul operator, ajutăm, astfel, la mai grabnica remontare a bolnavilor, prin economisirea forțelor vitale generale lezate de acest șoc, iar prin lăsarea lui pe loc, consecutiv rezorbția și acțiunea lui reconfortantă asupra organismului, ajutăm la remontarea bolnavilor, la bunul mers post operator al ei și deci, la reușita operației și la salvarea bolnavilor.

Sângele coagulat, găsit astfel, să se scoată!

Critica acestor maniere terapeutice, făcută de cei ce nu vor sau se tem s'o practice, a fost: sângele lăsat pe loc, intrabdominal, nu se rezorbe, că el poate constitui un prelcnic mediu pentru infecția ulterioară, sau o cauză pentru formarea de ileusuri, iar de către alții, că, ar da o contractură abdominală, pareză intestinală, febră, toxemie, organizări de spații chistice, sau de aderențe (op. citat).

Nu vrem să fim exclusiviști și nici să persistăm, fără control într-o idee optimistă nejustificată, ci vrem să fim sinceri pentru a fi serioși și crezuți!

Dela data respectării acestui principiu terapeutic în numeroasele noastre cazuri de revărsări mari, impresionante de sânge intrabdominal, în sarcinile extrauterine, rupturi uterine, etc., menționate în diferite publicațiuni și comunicări, nu am avut complicații serioase post operatorii care puse pe seama acestui sânge lăsat în cavitatea abdominală să ne facă să abandonăm această metodă.

Au fost câteva cazuri unde rezorbția, poate, făcându-se puțin mai greu, ne-au dat ușoare fenomene de pareză, un ușor meteorism, toate, însă, au fost fenomene pasagere fără efect nociv, dăunător de complicații regretabile.

Să notăm, câte astfel de stări constatăm și după alte laparotomii făcute pentru alte cauze; sau ar putea nega chirurșii care nu fac astfel, că nu au întâlnit astfel de mici neplăceri sau neajunsuri în decursul postoperator și nu a fost sângele care să fie făcut răspunzător de acestea ?!

Să nu se uite că starea de ușoară colorație subicterică a scleroticelor este un semn de diagnostic prezent în sarcinile extrauterine, datorită fenomenului de

¹⁾ Dr. Victor Mărtou: Considerațiuni asupra evoluției, rezorbției sângelui hemoragiilor interne intraperitoneale și conduita terapeutică. „Ardealul Medical”, anul II, Nr. 10, Oct. 1942, pg. 443.

dezagregare homatică mai mică, că, durerea și contrac-tura abdominală, poate fi descoperită inițial intervenției în hematocelele mai mici sau mai mari datorite iritației seroaselor peritoneale, că evoluția sângelui scurs în mică cantitate în cavitatea peritoneală este diferită ca tablou clinic și evoluție specifică a lui, de inundația acută ca-taclică.

Noi nu ne ocupăm de primele, unde sângele îl găsim în mică cantitate (de regulă coagulat, formând hematocelele clasice), ci de ultimele, unde organismul este privat de o mare masă de sânge) fiind uneori esanghinat până a cumpăni rezultatul intervenției și a economiei timpului operației și prin urmare șocul ope-

rator și deci și sângele cel mai avem la îndemână co-lectat în cavitatea peritoneală.

În aceste cazuri desnădăjduite, considerate neln-fectate, facem operă terapeutică utilă dacă grăbim ope-rația, lăsând sângele lichid tot pe loc.

Completând după intervenție, mijloacele terapeu-tice, cu analeptice, cardiotonice, ser fiziologic și glucozat, transfuzie de sânge, făcute toate, pentru grabnica remon-tarea bolnavului, avem împreună cu ceea ce facem noi, fără regrete, de atâtea ani (lăsând sângele lichid aseptice, revărsat în mare cantitate în cavitatea peritoneală), si-guranța salvării bolnavului.

CLINICA GINECOLOGICĂ ȘI OBSTETRICĂ CLUJ-SIBIU

Director: Prof. C. Grigoriu

Societăți medicale

SOCIETATEA ȘTIINȚELOR MEDICALE DIN CLUJ-SIBIU

Sedința din 22 Ianuarie 1943.

Se face alegerea președintelui Societății pe anul 1942/43, în persoana d-lui Prof. Dr. Gh. Popoviciu, Directorul Clinicii in-fantile.

Prezidează: D-l Prof. Dr. Gh. Popoviciu, noul Președinte al Societății.

D-l Prof. Dr. Gh. Popoviciu, luând cuvântul prezintă pro-gramul de activitate și lista noului comitet al Societății pe anul 1942/43, aprobată și ratificată în unanimitate.

Domnilor Colegi,

Înainte de a Vă prezenta programul de activitate al nostru, să-mi dați voie să exprim sentimentele noastre de profundă du-rere față de noua pierdere mare pe care o suferim prin dece-darea bruscă și neașteptată a iubitului nostru coleg și membru al Societății noastre Prof. Dr. Mihai Zolog. Este a treia oară, de când moartea ne încearcă și ne rărește rândurile Profesorilor Fa-cultății noastre, dela refugiu încoace. Identitatea cauzelor dece-dării brusce a tuturor iubiților și distinșilor noștri colegi în aceste zile amare, creiate prin desrădăcinarea noastră, arată cât de cruntă a fost lovitura ce am primit-o și care ne-a izbit de-a-dreptul în inimă și totodată cât de greu continuăm s'o suportăm și azi în al 3-lea an de refugiu. În ședința noastră viitoare vom comemora după cuviință pe colegul nostru distins, pierderea lui recentă neîngăduindu-ne răgazul trebuincios pentru un asemenea act. Rog ca de astădată să se păstreze obișnuita pauză de pioasă reculegere.

Totodată cred că sunt în asentimentul Societății, dacă în calitatea mea de succesor la această Președinție al d-lui Prof. Grigoriu, care dela ultima ședință prezidată încă de D-sa s'a im-bolnăvit grav, îi trimitem împreună cu D-voastră urarea de a se însănătoși cât mai curând, cât mai cu puțină suferință, pentru a-și putea relua frumoasa activitate între noi.

Domnilor Colegi, programul pentru anul ce urmează este cum am accentuat și în ședința ultimă în care ați binevoit a-mi încredința conducerea Societății, — continuarea *activității tradi-ționale*, pe drumul bine trasat și după frumoasele exemple din cele de mai bine de două decenii, date de predecesori. Luptăm cu toate vicisitudinile, creiate prin noua situație, care în mod nedrept ne-a înjosit și ne-a pus în condiții extrem de nefavora-bile unei munci serioase științifice. La acestea s'au adăugat greu-tățile produse prin războiul la care ne-am angajat. Lucrăm cu

rândurile extrem de rărite, unele clinici ne având niciun doctor mobilizat pentru activitatea medicală, didactică și științifică.

Și totuși activitatea noastră din ultimii doi ani a fost pro-lifică, valoroasă, analoagă celei din Cluj și ne îndreptățește la optimism și mândrie.

Pentru anul ce vine vom căuta să păstrăm ritmul de până aci și să adăugăm câte ceva în plus, dacă împrejurările ne vor permite. Vom schița în cele următoare în liniiamente *principiile* cari ne vor călăuzi, stabilite după sfatul colegilor noștri mai ex-perți, în frunte cu d-l Rector Hațieganu.

Înainte de toate vom continua cu aceea frumoasă *co-aso-ciere* a celorlalte Societăți de specialitate, care au existat la Cluj și care pe timpul refugiului s'au declarat fuzionate cu Societatea mamă, Societatea Științelor Medicale. Bine înțeles, întocmai ca în cei doi ani trecuți, când problemele de pură specialitate o vor cere, se vor putea ține în mod excepțional și ședința de spe-cialitate, chiar la sediul Clinicii sau Institutului respectiv. Este în tot cazul de dorit că asemenea ședință aparte să fie cât mai pu-țină și să se vină cu cât mai mult material la ședințele obișnuite. Societatea de Pediatrie, Puericultură și Nipiologie, pe care de asemenea o conduc, va da, ca și până aci, primul exemplu de disciplină și loialitate sub acest raport.

Societatea Științelor Medicale continuă să-și țină ședințele în Amfiteatrul Clinicii Obstetricale, cu care lumea interesat s'a obișnuit și care are situația mai centrală, mai potrivită. În cazuri deosebite, când transportarea cazurilor dela alte Clinici ar fi de-ficilă și când se vor aglomera asemenea cazuri dela mai multe Clinici așezate în Școala militară, vom ține după posibilitate câte o ședință și acolo. Vom respecta tradiția inaugurală în re-fugiu ca ședințele să fie prezidate rând pe rând de numeroșii noștri *vicepreședinți onorifici, președinți de ședință*.

Ședințele se țin tot a doua Vineri și încep exact la ora 5½, p. m. Este data cea mai potrivită dintre toate cele disponi-bile, inclusiv și din cauza camuflajului, cât și a *posibilității par-ticipării* tuturor colegilor practicieni și studenților (dintre aceștia fiind interesați mai ales cei din ultimii ani).

În executarea programului și mai ales în respectarea tim-pului reglementar al comunicărilor și conferențelor, vom fi foarte riguroși, conform uzului *occidental*. Comunicarea nu poate dura mai mult de 10 minute, conferința de 30 minute, discuțiile de 5 minute. Numai în mod excepțional, cu anunțarea prealabilă, se poate aproba 5 minute în plus comunicării, 10 minute conferinței.

La începutul fiecărei şedinţe se vor prezenta secretarului de şedinţă rezumatele comunicărilor şi conferenţelor.

Dorind ca discuţiile să fie cât mai interesante cu schimb de idei cât mai larg, vom ţine şi conferinţe cu discuţii.

Vom ţine şedinţe, pe cât posibil tot a 2-a din şedinţele noastre, în care vom pune la discuţie o singură problemă importantă, cu un referat (de 30 minute), coreferate (de câte 10-20 minute) şi o largă discuţie la urmă, care la nevoie se poate continua şi în o şedinţă viitoare. Vom dezbate astfel problemele actuale, puse, de tifosul exantematic, transfuzia sanghină, chirurgia şi ortopedia de război, fizioterapia, hipertensiune, focarele de infecţii (reumatism etc.), vitaminele, ormonii şi fermenţii, sulfamidele, protecţia şi mortalitatea copiilor, concepţii de sinteză în medicină etc.

Vom căuta o colaborare cât mai largă cu colegii noştri din alte centre, înainte de toate din centrele universitare Bucureşti şi Iaşi. Li vom invita, împreună cu Facultatea noastră, să ţină conferinţe, organizând după posibilitate chiar zile medicale, pe probleme şi specialitate. Poate ne va reuşi să ţinem astfel în sfârşit şi o întrunire a reprezentanţilor specialităţilor, care până azi au admis să-şi apropie rândurile, cum se pare că ar fi şi medicina internă, după informaţiile pe care le am, şi este în tot cazul medicina infantilă.

Ne vom gândi chiar să facem sugestii şi pentru invitarea — prin Rectorat şi Universitate — a personalităţilor reputate din străinătate. În aceste privinţe avem asigurarea factorilor în drept, în primul rând al d-lui Rector, de a ni se da concursul, respectiv a ni se îngădui să ne dăm noi concursul frumoaselor iniţiative luate de conducătorii noştri, în frunte cu d-l Rector. Nu uit entuziasmul şi adevărată cu care a fost întâmpinată o iniţiativă a noastră la Cluj, înainte cu 4 ani, de a întruni — prin Societatea de Pediatrie, Puericultură şi Nipiologie — pe toţi pediatrii noştri mai de seamă într'un prim mic Congres naţional. Am avut tot concursul d-lui Prof. Tătaru, şi-au anunţat participarea pediatrii cei mai de seamă chiar şi din alte ţări şi numai agravarea bruscă a situaţiei internaţionale a împiedecat realizarea acestui desiderat, care sigur ar fi însemnat o dată preţioasă şi ar fi avut repercusiuni favorabile pentru o problemă atât de neglijată la noi, cum este protecţia copiilor şi combaterea mortalităţii infantile. Azi, când posibilităţile de realizare sunt mai mari, fiindcă e vorba de o Societate mai mare, sprijinită şi de spiritul înţelegător al d-lui Rector Haţieganu, nu-mi pot inchipui ca planuri mult mai modeste, conform celor mai sus schiţate, să nu poată reuşi. D-l Rector are deja asigurarea colaborării mai multor colegi distinşi dela celelalte două facultăţi, care doresc să vie între noi şi să ne invite la rândul lor pe noi la dânsi acasă.

Prezint lista noului Comitet, pe care rog să binevoiţi a o aproba. Am continuat tradiţia ca, Vicepreşedinţii de onoare şi Preşedinţii ai şedinţelor să fie foştii Preşedinţi ai Societăţilor de specialitate, Directorii de Reviste şi alte personalităţi distinse dintre medicii militari şi practicieni. Întru cât suntem în războiu când cei în funcţiuni speciale în comitet pot în fiecare moment pleca pe front şi trebuiesc înlocuiţi, am ales membri în comitet distinşi asistenţi ai Facultăţii care să le poată lua la nevoie locul şi care peste tot să ne dea cu experienţa, priceperea şi energia lor concursul în aceste timpuri grele. În alegerea membrilor din comitet am ţinut seamă de disponibilitatea lor, apropierea de sediul prezidenţiei şi a localului de şedinţe, pe lângă dorinţa de a întruni cât mai mulţi membri activi şi pe cât posibil din toate ramurile (clinici, institute, spitale militare şi civile, administraţia sanitară).

Preşedinte: Prof. Dr. Gh. Popoviciu.

Vicepreşedinţi onorifici, preşedinţi de şedinţă: Prof. Dr. I. Haţieganu, Prof. Dr. C. Grigoriu, Prof. Dr. M. Sturza, Prof. Dr. V. Papilian, Prof. C. Tătaru, Prof. Dr. T. Vasiliu, Prof. Dr. D. Negru,

Prof. Dr. I. Aleman, Prof. Dr. M. Kernbach, Prof. Dr. G. Buzoianu, Prof. Dr. G. Benetato, Prof. Dr. L. Daniello, Med. Col. Dr. Florea, Conf. Dr. T. Popoviciu, Docent Dr. Oct. Filipescu, Medic Maior Dr. Pascu, Medic primar Dr. I. Sturza, Insp. Gen. San. Dr. I. Cosma, S. Insp. Gen. San. Dr. A. Popu, Medic primar Dr. C. Manta, Dr. Weindel.

Vicepreşedinţi activi: Medic Col. Dr. G. Preda, Conf. Dr. I. Gavrilă, Medic primar Dr. L. Ionaşiu.

Secretar general: Dr. A. Moga, Dr. Oct. Pop.

Bibliotecar: Dr. V. Secărea.

Casier: Dr. Oct. Fodor.

Secretari de şedinţă: Dr. V. Gavrilă, Dr. A. Faur, Dr. C. Meşianu.

Membri în comitet: Dr. T. Dragomir, Dr. P. Țârlea, Dr. V. Gh. Munteanu, D-na Dr. E. Mihalca, Dr. D. Căprioară, Dr. I. Ardelean, Dr. E. Morariu, Dr. A. Nana, Dr. N. Bumbăcescu, Dr. M. Popluca, Dr. I. Birău.

Rog binevoiţi a aproba şi ratifica această listă, constituită după consultarea tuturor celor interesaţi şi în drept.

Doresc ca împreună cu acest comitet să ne aducem contribuţiile noastre în condiţii optime de lucru, — şi până la întoarcerea noastră la Cluj, — cât mai curând!

După cuvântul D-lui Preşedinte se trece la programul din ordinea de zi.

Dr. D. Căprioară: **Consideraţiuni asupra terapiei cu hormoni sexuali** (apare ca articol în revistă).

Prof. Dr. Gh. Popoviciu-Dr. E. Mihalca-Dr. Oct. Pop: **Un caz de dermatită exfoliativă Ritter.**

Este vorba de un copil în vârstă de două săptămâni, singurul copil la părinţi născut la termen, cu o greutate de 3,500 kgr., alimentat natural. Acuzele pentru care s'a adus la Clinică sunt leziuni cutanate generalizate, care au debutat din ziua a 7-a prin două bube pemfigoide pe frunte, apoi pe şpate altele şi în trei zile leziunile s'au generalizat, bulele conflând şi spargându-se. A fost văzut şi tratat de mai mulţi medici fără rezultat. La internarea în clinică se constată pe faţă şi corp o inflamaţie a tegumentelor cu câteva bule pemfigoide cu conţinut purulent de mărimea unor mandarine, iar în rest zone de derm roşu, madidant, înconjurat de fâşii mari de epiderm, unele puncte acoperite cu cruste gălbui. Faţa copilului era acoperită de cruste, cu pleoapele inflamate edemate, ochii închişi, ragade şi fisuri în jurul gurii, cât şi la plicile articulare. Palmele şi plantele erau respectate. Starea generală foarte gravă, cu tendinţă spre colaps, febră 40°, dispnee pronunţată, agitaţie cu mişcări subconvulsive, balonare abdominală excesivă cu pareză intestinală (suprimarea scaunului şi a vânturilor), amurie. Puls frecvent 150; slab bătut, anorexie (fiind alimentat timp de 4 zile numai prin gavaj). Splina şi ficatul palpabile depăşind cu două degete rebordul falselor coaste.

În faţa acestui tablou diagnosticul nu a fost greu din cauza leziunilor evidente şi caracteristice. În general se face diagnostic diferenţial cu pemfigusul sifilitic, care pe lângă alte semne de erodolues, sunt interesate tegumentele palmo-plantare, cu pemfigus infecţios, care nu prezintă un tablou aşa alarmant şi nici leziunile nu sunt atât de extinse, epidermul păstrându-şi vitalitatea. Cu leziunile din dermatita descuamativă Leiner diagnosticul diferenţial e uşor de făcut, aceasta din urmă apărând mai târziu, sfârşitul lunei 1—2 de vârstă cu tegumentele acoperite de scuame umede itricate sub care dermul este puţin alterat, se generalizează mai încet şi evoluează cu o stare generală puţin afectată. În ce priveşte etiologia acestei afecţiuni mai nou, se crede că pe lângă stafilococ ar exista o predispoziţie în urma căreia s'ar produce leziuni cutanate la cele mai mici insulte, şi numai ulterior s'ar suprainfecta cu stafilococi. Insuşi Ritter, crede că boala ar fi expresia unei pyoemii sau unei toxidermii. S'a mai observat, că

boala apare la copiii bine nutriți. Actualmente toți autorii (cu excepție Finkelstein) sunt de părere că este o generalizare a pemfigoidului. Ținând seamă de starea gravă în care se prezenta copilul s'a aplicat tratamentul cu germanin 0,25 i. v., transfuzii repetate de sânge câte 40 cmc. odată, eleudron 0,75 gr. la zi, pentru a preveni colapsul cardiotonice, soluții de glucoză ipertonică i. v., post-lobiu și adrenalină pentru a înlătura meteorismul; local s'au deschis cele câteva bule, s'a nitratat fondul și s'a aplicat pudră cu dermatol, pe lângă o înfășurare a copilului într'un tifon imbibat în untdelemn steril pentru a preveni orice iritație a tegumentelor. Mai târziu s'a aplicat comprese cu untură de pește pentru înlăturarea crustelor și favorizarea epidermizării. După administrarea de germanin (Bayer 205) n'a mai apărut nicio leziune nouă, iar după transfuziile de sânge făcute în două zile consecutiv, s'a observat o ameliorare uimitoare a stării generale. Starea toxică, febra, meteorismul, anuria au cedat menținându-se însă anorexia. În tot timpul bolii s'au administrat din abundență și cardiotonice, atenția noastră fiind îndreptată spre a preveni colapsul față de care această afecțiune prezintă o deosebită predispoziție.

Am prezentat acest caz pentru raritatea lui și mai ales pentru rezultatul frumos obținut într'un timp foarte scurt de 4—5 zile cu germanin și transfuzii sanguine ținând seama că mortalitatea e foarte ridicată variind între 45—50% atingând chiar cifra de 75%.

Prof. Dr. Gh. Popoviciu-Dr. Oct. Pop: Două cazuri de anemii grave la copii. (Apare ca articol în revistă).

Prof. Dr. D. Negru și Dr. A. Moga: Un caz de pericardită închistată probabilă (diverticul pericardic).

Sub denumiri diverse: diverticul pericardic, diverticul pericardic inflamator, chist pericardic, pericardită închistată a fost descrisă în literatură o afecțiune, caracterizată prin formarea unei punți aparținând pericardului. În realitate este vorba de afecțiuni diverse: în unele cazuri este vorba de diverticuli adevărați congenitali, în altele este o hernie a seroasei prin sacul fibros și în multe din ele o pericardită exudativă închistată acută sau cronică de origine reumatismală, tuberculoasă etc.

Diagnosticul este radiologic. Punga cu lichid apare ca o umbră omogenă, de opacitatea imaginii cardiace, care are o bază largă de implantație la nivelul atriului drept, mai rar în stânga; este net delimitată de claritatea pulmonară printr'un contur rotund adeseori ușor neregulat.

Acest aspect radiologic autorii l-au constatat la o fetiță de 16 ani unde a apărut după un episod febril de 4 zile, însoțit de dureri mari precardiace și palpitații în luna Oct. 1942. La un control radiologic făcut de părinți care sunt medici, cu o lună înainte nu s'a constatat această imagine.

În acest caz, date fiind antecedentele, se elimină din diagnosticul diferențial, anevrismul aortic, adenopatiile și tumorile mediastinale, și cardiace, chistul dermoid. Problema grea este de a face diagnosticul diferențial între o pleurezie mediastinală închistată anterior și între o pericardită închistată. Având în vedere faptul, că conturul stâng al punții se observă întretinând arcu aortic și al arterei pulmonare, autorii se pronunță pentru o pericardită exudativă închistată, de origine probabil bacilară.

În literatură sunt descrise până acum vreo 50—60 asemenea cazuri.

Prof. Dr. I. Goia, Dr. A. Moga și Dr. E. Degan: Un caz de acromegalie asociată cu diabet insipid, diabet zaharat și cutis verticis girata.

La un bolnav în vârstă de 30 ani, dela vârsta de 12 ani încep să se desvolte fenomene de acromegalie: creșterea mâinilor, picioarelor, îngroșarea limbei, buzelor, nasului și proeminența

maxilarului inferior. De vreo 3 ani are polifagie, policipsie și poliurie.

Examenul general pune în evidență modificări tipice de acromegalie. Din partea organelor interne se constată inima mărită la ortocardiogramă, și stomacul radiologic disproporțional de mare.

Radiografia craniană: îngroșare moderată a calotei, arcadele sprâncenoase sunt puternic dezvoltate, de asemenea și maxilarul inferior. Șeaua turcească are dimensiuni mărite în ambele sensuri: diametrul longitudinal 22 mm, adâncimea 14 mm. Oasele lungi nu prezintă nimic patologic. Cartilagiile diafizo-epifizare au dispărut.

Există prin urmare toate elementele necesare pentru a putea stabili diagnosticul de *acromegalie*.

În tabloul clinic și în evoluția boalei există însă o serie de particularități și anume:

1. Pielea păroasă a capului este brăzdată de numeroase cute profunde cu direcție antero-posterioară pe vertex, și transversale în regiunea occipitală. Este aspectul de *cutis verticis girata*, numit de Cushing „piele de bulldog”, care se observă în unele cazuri de acromegalie. Unii autori fac o legătură între cele două afecțiuni. (Unna).

2. Turburări de metabolism care se manifestă prin poli-dipsie, poliurie și polifagie.

La data de 30. XI. 1941—7. I. 1942 pacientul a fost internat în spitalul militar din Turda, unde s'a constatat o polidipsie și poliurie de aproximativ 14—15 Kg. lichid și s'a stabilit diagnosticul de *diabet insipid*.

În Februarie—Martie 1942 a fost internat în spitalul din Mediaș (Dr. Sireteanu) unde avea o diureză de 2½—3 Kg. și o glicozurie de 7% (în total aproximativ 75—200 gr.). A fost nevoie să i se dea insulină (40—80 unități) pentru a-i reduce glicozuria la cantități minime.

În serviciul nostru se găsește dela 6. I. 1943. I se constată o ușoară polidipsie (2600—2800 cm³) pe lângă o diureză relativ mică (800—900 cm) probabil din cauza transpirației pe care o prezintă. Densitatea urinară 1022. Albumină, puroi, zahăr negativ.

Glicemia à jeun oscilează între 100—160 mmgr. Proba glicozuriei provocate pozitivă (Colrat).

Prin urmare de prezent există încă ușoare turburări în metabolismul apei și al hidraților de carbon. În decursul evoluției boalei sale, bolnavul a prezentat însă succedându-se la intervale scurte simptome de diabet insipid apoi de diabet zaharat.

Asociația acromegaliei cu diabetul insipid este foarte rară. Diabetul zaharat după statistici mai noi, se găsește în 25—30% a cazurilor. Diabetul acromegalic prezintă particularitățile pe care le-am văzut în acest caz: glicozurie foarte mare, în același timp însă lipsa acetonei și a acidului diacetic și o extremă variabilitate spontană în evoluție.

Este deosebit de rar ca la același individ să existe într'un grad așa de pronunțat turburări atât în metabolismul apei cât și în metabolismul hidraților de carbon. Asemenea cazuri aduc o contribuție la studiul patologiei hipofizare.

Prof. Dr. C. Tătaru, Dr. P. Țârlea, Dr. O. Mihalescu: Considerațiuni etio-patogenice asupra „Sarcomatozei multiple hemoragice Kaposi” în legătură cu un caz tipic și unul atipic.

M. P., de 45 ani, agricultor din Beiu (Teleorman), internat în Clinica Oto-rino-laringologică dela 8 Ian. 1943 pentru un sarcom amigdalian stg. de 4 luni, excochleat, cu o structură istologică al unui sarcom fuso-celular cu vase multe neoformate. Este trimis la consultațiile Clinicii Dermato-venerice pentru erupțiuni nodulare simetrice pe extremitățile inferioare și dosul mâinilor, datând de 7 ani. Cu această afecțiune cutanată, a fost internat în anul 1938 și 1942 în Spita ul Colțea, unde a urmat radioterapie, după care

s'a produs o ameliorare temporară. La examenul obiectiv, bolnavul, mijlociu dezvoltat și nutrit, prezintă în mod simetric pe plante, dosul picioarelor, în jurul maleolelor, fața post. a gambelor până la genunchi, pe un substrat tegumentar difuz îngroșat, infiltrat și pigmentat, un număr mare de leziuni nodulare de mărimea unor boabe de mazăre-fasole, de culoare roșii-livide, unele mai pigmentate, de consistență dură sau semielastică, unele chiar angiomatoase, puțin sensibile la presiune. Pe dosul mâinilor se observă două placarde difuz livide-brune, cu tegumentele infiltrate, presărate cu teleangiectazii. Pe fața ventrală a glandului penian și pe partea corespunzătoare a marginii prepuțiale se prezintă câteva leziuni nodulare-angiomatoase moi.

Din punct de vedere organic intern, nimic patologic.

Este deci vorba de un caz tipic de Sarcomatoză Kaposi.

Bolnavul I. N., de 54 ani, pantofar căsătorit din Orăștie, este internat în serviciul Clinicii Dermato-venereice din Cluj la Sibiu, dela data de 10 Noemvrie 1943, pentru niște erupțiuni cutanate nodulare, care au debutat acum 6 luni la nivelul pavilioanelor urechilor, leziuni similare, apărând cu timpul și pe extremitățile superioare și inferioare, precum și pe trunchiul, pe lângă o stare generală nealterată. În antecedentele remarcăm o paralizie facială stângă, probabil gripală, în anul 1919, tratată în Clinica Neurologică din Cluj.

Examenul obiectiv: bolnavul bine dezvoltat și nutrit, cu o stare generală foarte bună, prezintă un număr redus (12—15) de erupțiuni cutanate, localizate în mod simetric pe pavilioanele urechilor, pleoape, părțile laterale ale regiunilor lombare, fața postero-externă a antebrățelor, și un număr și mai redus de leziuni pe brațe, coapsa stângă și gamba dreaptă. Leziunile cele mai exprimate se observă atât pe fața anterioară, cât și pe cea posterioară a pavilioanelor urechilor, care sunt tumefiate și prezintă o colorație violacee-brună, cu o rețea abundentă de teleangiectazii roșii. Pe acest fond, se disting câteva leziuni nodulare proeminente, hemisferice sau ușor conice, de mărimea unor boabe de mazăre, aderente de substratul cartilaginoid și tegumentar, de o consistență semielastică, fără vreo alterație mai evidentă a epidermului. În celelalte regiuni găsim fie noduli mici ca boabele de meiu-linte, roșii-vișinii, fie plăci ovalare, tot de dimensiuni reduse, plane, cu mici prelungiri în tegumentele normale, la baza cărora percepem un infiltrat dur. Aceste leziuni nodulare se găsesc fie solitare, fie grupate, cu o tendință la confluență. Subiectiv leziunile nu produc nici un simptom.

Din partea mucoaselor, a sistemului limfatic, osos, nervos și a organelor interne, nimic patologic. R. W.: negativ. Structura isto-patologică a unui nodul excizat arată: un aspect tipic pentru această afecțiune, caracterizat prin doi factori. O neoformațiune de capilare sanguine și limfatice larg dilatate, cu emoragii multiple, pe de altă parte o ploriferare de țesut conjunctiv reprezentat prin celule fusiforme și rotunde dispuse paralel cu vasele, totul net delimitat de o capsulă fibroasă, din care pornesc tractusuri în interiorul infiltratelor. Leziunea ocupă dermul aproape în totalitatea lui, respectând o bandăletă sub epidermică. Epidermul atrofie rectilin, este cu totul lipsit de papile.

Cazul nostru a putut fi încadrat în entitatea morbidă descrisă cu 70 de ani în urmă de Kaposi sub denumirea de „sarcomatoză multiplă hemoragică”, mai mult bazați pe structura isto-logică decât pe manifestările clinice, acestea din urmă fiind mai puțin tipice ca localizare și evoluție în stadiul incipient în care se găsește cazul.

Etiopatogenia mult discutată nu este încă clarificată. Lăsând la o parte diferite momente etiologice invocate de natură traumatică, infecțioasă, etc., toți autorii o clasează printre neoformațiunile cutanate, atribuindu-i diferite proveniențe patogenice, cu punct de plecare endotelial, peritelial, reticulo-endotelial, conjunctiv

etc., pe lângă o proliferație angiomatoasă exagerată. Problema cea mai importantă ce se pune sub acest raport, dacă afecțiunea aceasta este, sau nu un sarcom adevărat. Argumente în favoarea naturii sarcomatoase ar fi: gravitatea, evoluția spre fatalitate și structura istologică a leziunilor. Impotriva acestei concepții ar pleda benignitatea relativă a majorității cazurilor cu o evoluție de zeci de ani, păstrarea timp îndelungat a unei stări bune, absența elementelor atipice celulare și prezența mai mult a alterațiilor istologice inflamatorii de granulom și în fine absența metastazelor. Bazați pe aceste din urmă caractere benigne, un mare număr de autori în frunte cu școala lyoneză, afecțiunea o consideră ca o boală angiogenă, care printr-o predispoziție morbidă la diverse cauze răspunde printr-o înmulțire considerabilă a capilarelor sanguine și limfatice și printr-o proliferație a elementelor mezenchimotoase, de regulă cu celule fuziforme a căror proveniență este nesigură, fie din celulele endoteliale adventițiale, conjunctive, reticulo-endoteliale sau din musculatură netedă a dermului.

Cazul nostru prezintă un interes deosebit, pe lângă raritatea afecțiunii și prin debutul neobișnuit al elementelor nodulare angiomatoase.

Prof. Dr. C. Tătaru, Dr. P. Țârlea, Dr. O. Mihalescu: Considerațiuni asupra discheratozelor, în legătură cu două cazuri de boala lui Bowen.

Se prezintă două cazuri de boala lui Bowen: O femeie în etate de 70 de ani, la care afecțiunea datează de 2 ani și constă dintr'un placard cu sediul subombilical, de întinderea unei palme de adult, presărat cu elemente discoide. Leziunile au fost repetate rânduri diatermocoagulate. În ultimele 6 luni au luat o dezvoltare mai rapidă, s'au ulcerat ganglionii inghinali, s'au prins prezentând toate semnele unei cancerizări. Diagnosticul isto-patologic a confirmat un spinocelular.

Cazul unui bărbat în etate de 62 de ani, care prezintă de 6 luni o neoformațiune în regiunea preauriculară stângă, de dimensiunea unei boabe de fasole, implantată pe o bază cicatricială pigmentată. Și această leziune a fost diatermocoagulată.

Boala lui Bowen fiind caracterizată în primul rând prin niște celule monstruoase și celule discheratozice, fiind inconstante și în număr redus, unii autori se întreabă dacă își are rostul să figureze în grupa discheratozelor. Ea poate fi considerată ca o afecțiune precanceroasă.

Prof. Dr. C. Tătaru, Dr. P. Țârlea, Dr. O. Mihalescu: Un caz de discheratoză foliculară Darier.

Se comunică un caz de boala lui Darier la o bolnavă în etate de 17 ani, la care afecțiunea datează de 4 ani și interesează în mod simetric regiunile predilecte care sunt și regiuni seboreice. La examenul isto-patologic se găsesc numeroase celule discheratozice. Abundența și predominanța lor fac din această boală tipul afecțiunilor discheratozice.

Prof. Dr. Emil Țeposu și Dr. I. Birău: Un caz de hidronefroză voluminoasă dreaptă.

Soldatul K. I., în vârstă de 42 de ani, căsătorit, plugar din comuna Iarmata, jud. Timiș, este trimis de Spitalul Militar la consultațiile dela Ambulanța Clinicei Chirurgicale și Bolile Căilor Urinare pe ziua de 30 Decemvrie 1942 pentru precizare și diagnostic.

Antecedentele heredo-colaterale: fără importanță.

Antecedente personale: La vârstă de 6 ani a suferit de scarlatină, iar în anul 1939 de o gripă cu amigdalită.

Boli urinare: Neagă afară de prezenta.

Intoxicații cronice: Tabagie moderată, alcool nu mai consumă din anul 1939, dată dela care trăiește cu regim.

Istoric: Boala actuală datează din primăvara anului 1939, debutând într'un mod brusc, în urma unui drum făcut cu căruța pe timp rece și ploios, când a contractat și o gripă cu amigdalită.

Dela debut este silit să stea la pat din cauza durerilor atroce din loja renală dreaptă, traectul ureterului, testicol, anus, rădăcina coapsei și membrul inferior drept.

Durerea era mai puternică în regiunea lombară, bolnavul afirmând că ar fi fost mai mare ca aceea produsă prin o impun-sătură de cuțit. Cea iradiantă fiind mai puțin intensă. Bolnavul pentru a se calma era silit să ia pozițiile cele mai bizare, în special se curbează în formă de "cocoș de pușcă", pe burtă sau uneori era silit să se plimbe aceasta durere a ținut două ore.

Din partea aparatului urinar prezintă și micțiuni frecvente și în cantități mici, tenesme, dureri, arsuri pe traectul uretrei, ca și cum ar fi avut un fer roșu la acel nivel. Urina tulbure.

Ca fenomene reflexe: Vomisme, sughițiu, paliditate, transpirații abundente, puls mic frecvent, frisoane și febră.

După o lună se repetă fenomenele de mai sus ținând 3—4 ceasuri de data aceasta elimină și trei petricele cu suprafața neregulată ceva mai mici ca o boabă de piper. În luna Iulie 1940, fiind la munca câmpului, face o nouă criză de aproximativ 3 ore însoțită de hematurie. În toamna aceluși an și în primăvara anului 1941 datorită eforturilor ce făcea ca agricultor, repetă criza nefretică, eliminând 8 pietricele însoțite de o hematurie masivă, durând trei ore. În 1942 face două crize nefretice cu caracterele de mai sus pentru care este internat în Spitalul Militar din Sibiu, de unde primește trei luni concediu de boală. La revenire din concediu călătorește două zile cu trenul, criza i se repetă pentru care se internează a doua oră în Spitalul Militar din localitate pe ziua de 12 Decembrie 1942.

Între crize bolnavul are o senzație aproape permanentă de greutate și dureri în loja renală dreaptă cu iradiieri pe traectul ureterului.

La eforturi de orice natură mai ales călătoria cu căruța și trenul, îi provoacă crizele. Durerile și le calma cu injecții sau lua prafuri per os și comprese calde. Cu aceste simptome este trimis la clinică pentru precizarea diagnosticului.

Examenul obiectiv: Este un bolnav mijlociu dezvoltat cu țesut celulo adipos păstrat cu tegumentele ușor palide.

Examenul organelor urinare:

Logele renale: de conformație normală. Se palpează în dreaptă o tumoră abdomino-lombară regulată, moale, prezentând o sensibilitate atât subiectivă cât mai ales obiectivă (la presiune).

Traectul ureterelor: (punctele dureroase).

Punctul costo-vertebral posterior.

" " muscular posterior (Pasteau).

" subcostal anterior.

" paraombilical (Bazy).

" ureteral mijlociu din partea dreaptă pozitive.

În rest celelalte organe nu prezintă nimic de remarcă.

Examenul urinei:

Urina ușor tulbure, reacția neutră, D. 1020 A. P.: pozitiv (+)

Z. negativ. În sediment: Foarte multe leucocite, rare celule epiteliale descvamative și hematii și multe săruri de carbonați și fosfați. Azotemia 0,41 gr. %.

Examenul cromo-cistoscopic:

Urina ușor tulbure, "capac. 200 cc. Mucoasa vezicii congestionată în col și trigon. Orif. uret. fără leziuni în jur. Dreptul cogaționat. Colorantul se elimină bine în stânga, iar în dreapta n'avem eliminare nici după 17 minute. Se face cateterismul acestui ureter, constatându-se permeabilitatea lui pe tot traectul. În mediu se observă multe depozite de săruri.

La radiografia simplă nu se constată imagine de calculi.

Pielografia ascendentă dreaptă se face cu bromură de Natriu 33%. După ce sonda ureterală este introdusă se constată: că se elimină o cantitate mare de urină prin sondă și se instilează 45 cc. Bromură de Natriu 33%. Pielografia ascendentă astfel făcută, ne prezintă o umbră de aspectul unui bazinet dilatat cu

trei calice în dreptul vertebrei a III-a lombară, iar altă umbră cilindrică între prima și coloana lombară, ce se întinde dela vertebra 1—4 lombară, care reprezintă o separare completă a calicelui superior prin o bifurcare a ureterului în treimea lui superioară, anomalie care se întâlnește destul de rar, la care s'a supraadăugat o enormă dilatare a întregului sistem caliculo-bazinetal și a treimei superioare a ureterului.

În urma acestor examinări se impune diagnosticul de hidronefroză voluminoasă dreaptă.

Tratamentul este cel obișnuit în hidronefroză: desinfecțante urinare, regim dietetic, înlăturarea obstacolului ce a produs-o sau dacă funcția renală este compromisă nefrectomia.

Am ținut să prezentăm acest caz pentru tabloul tipic de calculoză în dosul căruia găsim prin examinările noastre ulterioare o hidronefroze voluminoasă și cu anomalie caliculară enorm dilatăta.

Prof. V. Baroni și D-na E. Baroni: Conservarea lexinei în plasma stabilizată.

Autorii arată că plasma de mamifere, stabilizată după procedeul elaborat în Institutul de Bacteriologie din Cluj, rămâne lichidă și își păstrează proprietatea de a fi coagulată prin simplul adaos de apă distilată, timp de 10 ani.

Ei au titrat la intervale mici, apoi la intervale mari și puterea alexică a plasmelor stabilizate după procedeul de mai sus, față de globule roșii sensibilizate. Astfel au arătat că alexina se păstrează intactă în primele 3 luni de conservare la ghețar în fiole închise la flacăre și începe a scădea lent, așa că după 2 ani se reduce la jumătate; iar după 10 ani la 1/5 din titrul inițial; deci nu dispare complet.

Prof. V. Baroni și I. Petrescu: Existența unei substanțe oestrogene în lanolină.

Cu ocazia unor experiențe de ungere a șoarecilor cu foli-culină incorporată în lanolină, autorii au observat la puii martori, care primeau numai lanolină, o creștere mai abundentă a părului și a greutateii corpului. Același lucru la puii de iepure fără păr.

Guzgănițele castrate, tratate în același mod, arătau un oestrus și o mărire a coarnelor uterine. De aceea autorii au căutat efectul oestrogen al extraselor, făcute de ei, din lanolina Merck.

Guzgănițele castrate, tratate cu injecțiuni din aceste extrase, au prezentat un oestrus abundent, hipertrofia coarnelor uterine și o micșorare a ovarelor; iar un număr de 9 guzgani injectați cu extrase au prezentat o atrofie considerabilă a testiculelor și a veziculelor seminale, care reprezenta 1/10 parte din greutatea organelor martorilor. Prin titrarea substanțelor oestrogene pe guzgănițe castrate, autorii au găsit 1500 de unități internaționale pe kilogramul de lanolină.

Prof. Gh. Popoviciu-Dr. Eugenia Mihalca: Emoragii craniene cu pahimeningoză idro-emoragică la un nou născut.

Este vorba de un copil născut la termen, în Sanatorul german din localitate, cu greutatea de 3850 gr, din naștere laborioasă, s'a încercat aplicare de forceps fără reușită, apoi s'a extras prin ajutor manual. Părinții afirmativ sănătoși, mama copilului în vârstă de 20 ani — a purtat sarcina fără nicio dificultate și fără niciun accident (de boală sau traumă, etc.), alimentându-se cu un regim variat bogat în fructe și legume.

După 12 h dela naștere în care timp copilul a fost liniștit începe să prezinte hemoragii multiple și o stare de neliniște. După 24 ore dela naștere, am fost chemați să-l vedem, copilul prezenta, o paloare excesivă, cu hemoragii abundente nazale, auriculare, vărsături sanghinolente post alimentare și-o agitație cerebrală manifestată prin mișcări subconvulsive și țipete stridente. În regiunea parietală stângă prezenta un cefal hematoma de mărimea unei portocale. Talia copilului era 53 cm. perimetrul capului 35 (luat pe

sub hematom), perimetrul toracelui 32. Obiectiv la restul organelor nu se constată nimic deosebit.

În fața acestui tablou clinic diagnosticul a fost foarte ușor de stabilit. Ținând seamă de gravitatea cazului am trecut de urgență la tratament cu injecții de sânge de adult, de 2 ori la zi câte 10 cc, injecții de vitamină C (vitamina K nestându-ne la dispoziție momentan) fiind alimentat cu lapte de mamă muls, rece delă ghiată dat cu lingurița pentru a împiedeca cel mai mic efort care ar înreține sau accentua hemoragia; cu acest tratament, am reușit încă din primele 24 ore să oprim hemoragiile externe. Copilul s'a liniștit, a mâncat bine, n'a mai prezentat vărsături și nici accese de agitație nervoasă.

La vârsta de 7 zile copilul a fost adus în serviciul nostru, unde se aplică un pansament ușor compresiv asupra hematomului și se trece la examinările obiective care n'au putut fi făcute până aci. Examenul sângelui: timpul de coagulare $8\frac{1}{2}$ minute, timpul de sângerare 3', plăcuțe sanguine 280 000; urina: negativ; R. Wassermann: la părinți și copil negative. Copilul se alimentează bine, însă prezintă vărsături explosive de tip nervos, observându-se o mărire a perimetrului capului până la 42 cm. Se face prima puncție lombară, pe care ne ferisem s'o facem pentru a nu provoca noi emoragii, și se obține un lichid c. r. de culoare intens șocolatie, același lichid se obține și prin puncția fontaneli, ceea ce dovedește fără îndoială prezența hemoragiilor cerebrale cu o oarecare vechime. Curând după puncție, hematorul care până aci era aproape neschimbat, scade mult din volum. La examenul lichidului c. r. s'au găsit R. P. N. Apelt intens pozitive, în sediment rare leucocite, albumina 0,90 gr. $^{0}/_{00}$ cu albuminometrul Sicard cantalub. S'a instituit apoi un tratament adecvat hidrocefaliei emoragice, constând din puncții repetate (prin care s'a constatat clarificarea treptată a lichidului) și radioterapie, asociat cu vitaminoterapie (vit. K sub formă de Karan și vit. P ca „citrin”, zilnic câte 1 inj.).

fără însă să se observe până în prezent o ameliorare. Examenul fundului de ochi făcut de Dr. Zolog arată o atrofie primitivă a ambilor nervi optici. Este vorba deci de cefalematom cu emoragii craniene și palimeningoză asociate cu cea mai nenorocită complicație, hidrocefalie internă și externă.

De asemenea cazuri vorbește Prof. Franconi dela Zürich care recunoaște și hidrocefalii vindecate după câteva săptămâni de tratament. De altfel hemoragiile la noii născuți nu sunt afecțiuni așa de rari; Cauza lor, în afară de factorul traumatic căruia nu se atribuie decât un rol adjuvant, o formează cu deosebire hipotrobinemia fiziologică a nou născuților, care își ajunge maximul în zilele 3—5 de vârstă evoluând apoi spre normal. Cercetările lui Dam și ale colaboratorilor săi au arătat că hipotrobinemia este în legătură cu lipsa vitaminei K (naftochinonderivat), aceasta din urmă fiind considerată ca vitamina coagulării sanguine. De asemenea se discută lipsa vitaminei P reprezentată prin preparatul „citrin” factorul permeabilității vasculare. Vin în discuție în determinarea emoragiilor și cauze individuale anume factori alimentari (lipsa din alimentație a crudităților verzi în ultimele 2 luni de sarcină) și a celor toxiinfecțioși. S'a observat o frecvență a hemoragiilor la copii născuți la sfârșitul toamnei și în lunile de iarnă. Profilaxia acestor hemoragii s'a făcut de către Freudenberg la Cl. din Basel, administrând Synkavit la mamă, apoi acolo unde scade Protrombine să se dea la copil din ziua 2-a vit. K. El a dat la 259 cazuri nou născuți în I și II-a zi câte 1 tabl. de Synkavit, obținând scăderea hemoragiilor și a cefalhematoamelor.

Evoluția hemoragiilor cerebrale este acută și cronică. Prognosticul fiind întotdeauna în faust în cele acute, iar în cele cronice mortalitatea este de 30—50%. Din cei salvați 1/3 (o treime se vindecă, restul rămânând cu tulburări grave nervoase fizice și intelectuale. Așa încât trebuie să ne întrebăm în astfel de cazuri dacă facem bine să tratăm și să salvăm un astfel de caz nenorocit.

Reuniunea medicală dela Sibiu

— În zilele de 10—11 Aprilie 1943 —

În zilele de 10 și 11 Aprilie 1943 a avut loc la Sibiu reuniunea medicală a tuturor medicilor din județele Ardealului, în prezența d-lui Ministru al Sănătății: Prof. Dr. P. Tomescu și al d-lui Secretar General: Prof. Dr. I. Stoichiția.

Sedința festivă dela Prefectura județului a fost onorată cu prezența I. P. S. Sale Mitropolitul Nicolae și a d-lui Prefect Col. V. Mihăilescu. Au participat la această reuniune medicală și d-nii Prof. Dr. I. Iacobovici, Prof. Dr. I. Nițescu și Prof. Dr. Banu dela Facultatea de Medicină din București, apoi d-l Prof. Dr. Tudoranu, decanul Facultății de Medicină din Iași.

Au fost de față d-nii profesori ai Facultății de Medicină din Cluj-Sibiu și întreg corpul medical ardelean, precum și un mare număr de studenți.

Reuniunea a fost deschisă în 10 Aprilie 1943, ora 9 și jum., prin cuvântul d-lui Dr. I. Cosma, Inspector General Sanitar al Regiunii, care salută pe înalții oaspeți în numele corpului medical din acest

Inspectorat și asigură pe d-l Ministru al Sănătății, că medicii vor continua să-și facă datoria cu aceeași abnegație, râvnă și sacrificiu ca și până acum, până la satisfacerea imperativelor naționale și ridicarea populației și a neamului nostru la locul care i se cuvine.

D-l Prof. Dr. I. Hațieganu, Rectorul Universității din Cluj-Sibiu, salută pe d-l Ministru și pe oaspeți în numele Universității Regele Ferdinand I din Cluj. Universitatea apreciază lupta d-lui Ministru al Sănătății și este alături de D-Sa pentru ridicarea sanitară a țării. Corpul medical a răspuns și răspunde totdeauna cu entuziasm la această chemare. Domnule Ministru, ne-ați procurat o deosebită bucurie făcând posibilă întâlnirea la această reuniune medicală a reprezentanților celor trei Facultăți de Medicină din țară. Universitatea se integrează în marile principii anunțate în noua lege sanitară, ea trebuie să fie mereu luptătoare pentru idealurile și dreptatea integrală a neamului românesc. Suntem mândri că Universitatea noastră în cei 25 de

ani de existență a ei a dat o elită medicală așa de numeroasă cum o vedem la această reuniune.

În numele Facultății de Medicină din Cluj-Sibiu salută pe înalții oaspeți și întreagă adunarea d-l Decan *Prof. Dr. V. Papilian*. Reamintește opera înfăptuită de Facultatea noastră de Medicină la Cluj și opera de sinteză ce o face aci la Sibiu. D-l Ministru Tomescu prin aceste reuniuni medicale face tot operă de sinteză.

D-l *Prof. Dr. Gh. Popovici* aduce salutul Societății Științelor Medicale din Cluj-Sibiu.

D-l Prefect al județului, *Col. V. Mihăilescu*, își manifestă bucuria de a se găsi în mijlocul selectului corp medical al Ardealului și arată colaborarea intensă ce a existat și există între serviciul sanitar și administrativ din acest județ, grație căreia au fost posibile numeroase realizări sanitare de importanță deosebită.

I. P. S. S. Mitropolitul Nicolae Bălan își arată bucuria că poate lua parte la această frumoasă întrunire medicală. Între medic și preot trebuie să fie o colaborare strânsă, ambii adresându-se aceluiași obiect: omul întreg.

Expunerea d-lui Ministru Dr. P. Tomescu. — D-nea Sa începe prin a mulțumi tuturor cari au luat cuvântul în această adunare. Statul se reazimă pe trei instituții de seamă aci în Ardeal: 1. *Biserica*, care a fost totdeauna activă și creatoare, ne-a învățat în toate timpurile cum trebuie să luptăm pentru neam. 2. *Astra* este o instituție cu mare rol în trecut, prezent și viitorul Ardealului, în toate domeniile de activitate, dela care noi am împrumutat multe sisteme de educație, în special școlile de gospodărie pentru țărani. Își exprimă regretul că nu există o astfel de organizație și în restul țării. 3. *Universitatea*, cea din Cluj, actualmente la Sibiu, are un trecut foarte glorios, a realizat fapte minunate la Cluj și realizează la Sibiu. Ea stăpânește din punct de vedere cultural și educativ întreg Ardealul, în special prin instituția Extensiunii universitare. Va trebui ca și celorlalte Universități ale noastre să li se dea aceeași organizație.

În ce privește problemele medicale și sanitare, Facultatea de Medicină este chemată să patroneze întreagă activitatea din aceste domenii în regiunea unde ea își are reședința, cea din Sibiu în întreg Ardealul. Reuniunile medicale, sub conducerea spirituală a Facultății de Medicină, să fie obligatorii în mod periodic atât la Sibiu, cât și la Timișoara, când să se prezinte o serie de probleme generale și locale de actualitate, pentru ca astfel medicii noștri să fie continuu în curent cu toate problemele noi de ordin medical științific și de organizare sanitară.

Este foarte importantă colaborarea în ierarhia medicală, pentru că toți medicii pot aduce, în locul unde sunt puși, același aport pentru ridicarea sanitară a țării. Medicii noștri specialiști trebuie să iasă din cadrul prea

strâmt al activității lor de până acum, ei trebuie să fie animatorii specialității lor pe întreg județul unde se găsesc.

Noua lege sanitară prevede posibilitatea de activare în această direcție. Această nouă lege a rezultat din colaborarea tuturor reprezentanților științei medicale și a intereselor actuale, cărora le mulțumesc tuturor pentru concursul prețios.

S'a urmărit prin această lege crearea unei vieți medicale locale reale, unificarea tuturor serviciilor medicale sub autoritatea Ministerului Sănătății, simplificarea și descentralizarea administrației sanitare. Această lege dă cadrele generale în interiorul cărora viața medicală are posibilitatea de dezvoltare. Sunt sigur că în aplicarea legii vom avea concursul întreg corpului medical al țării.

În această direcție rolul Facultăților de Medicină încă este deosebit de important, pe care le rog să colaboreze cu Ministerul pe acest teren.

O problemă foarte importantă este că ne lipsește numărul de medici necesari pentru țara noastră, atât medici specialiști, cât și medici de circumscripție. Pentru remediarea acestui neajuns găsesc necesar de a avea o a 4-a Facultate de Medicină, care ar putea fi realizată în mod admirabil la Sibiu, după ce Facultatea actuală și-ar relua reședința ei de origine.

Conferințele

În cele 2 zile a reuniunii medicale s'au ținut următoarele conferințe:

Prof. Dr. I. Iacobovici (București): Sutura întârziată în plăgile de războiu.

Prof. Dr. I. Nițescu (București): Câteva date din domeniul vitaminelor.

Prof. Dr. Tudoran: Cercetări personale în: a) hepatită acută icterigenă; b) asociația diureticelor cu medicația acidă și alcalină.

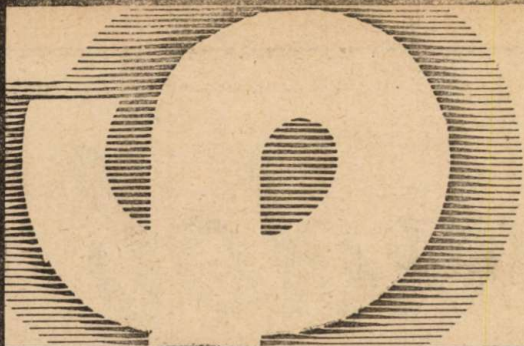
Prof. Dr. I. Hațieganu: Așa numitele ictere catatale epidemice.

Prof. Dr. Gh. Popovici: Mortalitatea infantilă și combaterea ei.

Prof. Dr. Gr. Benetato: Transfuzia cu sânge conservat și aplicația ei practică.

Reuniunea medicală dela Craiova

În zilele de 25 și 26 Martie a.c. a avut loc la Craiova, în prezența Domnului *Prof. Dr. P. Tomescu*, Ministrul Sănătății și al Ocrotirilor Sociale și autorităților locale în frunte cu *Inalt P. S. S. Mitropolitul Nifon*, D-l General D. Popescu, Primarul Municipiului Craiova și D-l Colonel Florescu, Prefectul Jud. Dolj, o întrunire a Corpului Medical din Oltenia. *I-a Reuniune Medicală Regională din Țară* ținută în conformitate cu noua lege de Organizare Sanitară a Statului, Lege da-



Baza biologică
a rezistenței
în
TUBERCULOZE

Cholibioli

FOST BIOCHOLINE

CHLORHYDRATE DE CHOLINE R. & C.
pentru injecții subcutanate.

După lucrările: Prof. J. CARLES și Dr. F. LEURET

Singurul preparat sub controlul fiziologic și terapeutic al autorilor

Laboratoarele: **ROBERT & CARRIÈRE**

— 1, Avenue de Villars. — PARIS (VII-e) —

DEPOZIT PERMANENT: „DROGUERIA STANDARD” S.A.R., BUCUREȘTI I, SF. IONICĂ, 8

Intrebuintati zilnic:

PACYL

contra Hypertensiunii

Coborîrea moderată a Tensiunii Arteriale ridicate.

Potolirea spasmelor vasculare.

Îmbunătățirea, pe cale bucală, a indispozițiilor subiective.

DTWAG

CHEMISCHE FABRIKEN A.G., BERLIN-WAIDMANNSLUST

Pentru mostre și prospecte adresați-vă:

Odol S. A. R. București, Str. Apostol Margarit 22

Gombardol

(Para-amino-benzen-sulfonamid)

INDICAȚIUNI:

ANGINE SEPTICE
ABCESE TONSILARE
POLIARTITELE REUMATICE
ȘI POSTANGINOASE
ERIZIPEL
SEPTICEMII
CISTITE, PIELITE

Tuburi cu 10 și 20 Tablete



PENTRU TERAPIA PERORALĂ EFICACE ȘI IEFTINĂ ÎN:
**INFECȚIUNILE STREPTOCOCCICE,
STAFILOCOCCICE ȘI PNEUMOCOCCICE**

C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H.
Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România:
Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.

torată actualei conduceri sanitare și care a fost promulgată zilele acestea.

Această reuniune a avut loc în cadrul *Societății de Medicină din Oltenia*, înființată în anul 1934 și care a fost reorganizată în ultimul timp pe noi baze ca să reprezinte secțiile științifice ale Colegiilor Medicale din Oltenia.

Sedința a fost deschisă printr'un Cuvânt introductiv rostit de D-l Dr. C. Cosmușă, Inspector General Sanitar al Regiunii Sanitare și Președinte al Societății.

Domnul General D. Popescu, Primarul Orașului Craiova, a urat bun sosir D. Profesori Universitari în frunte cu D. Profesor P. Tomescu, Ministrul Sănătății, care au venit să ție un *Ciclu de conferințe* în cadrul acestei Societății științifice medicale. D-sa a expus situația sanitară a Municipiului Craiova care pentru importanța și trecutul său istoric și cultural este aptă a adăposti o Facultate de Medicină care să fie a Olteniei.

Înalt P. S. S. Mitropolitul Nifon a dat binecuvântarea Sa Arhierească desbaterilor acestui *Congres Medical Oltenesc*, care se face în spiritul legăturilor spirituale dintre Biserica care aduce alinarea sufletului și medicina care vindecă trupul, Înalt P. S. S. vede necesitatea creerii unui Așezământ de Invățământ Medical Superior la Craiova, pentru ridicarea Culturală nu numai a Craiovei, Capitala Olteniei, dar pentru folosul populației acestei regiuni a Țării care reprezintă leagănul românismului etnic.

D-l Docent Dr. M. Cănciulescu, Secretar General permanent al Societății, face o *Dare de seamă asupra Organizării și Activității Societății de medicină din Oltenia*, care a creat din vreme atmosfera științifică necesară înființării unei Facultăți de medicină la Craiova.

D-l Prof. P. Tomescu, Ministrul Sănătății, ia act de revendicările prezentate de Corpul Medical Oltenesc susținute de înalta autoritate spirituală a I. P. S. S. Mitropolitul Nifon și administrativă a D-lui Primar al Municipiului, relevă importanța acestei prime reuniuni medicale regionale din Țară, în conformitate cu noua lege sanitară, anunță că această lege de organizare a Statului aprobată de Domnul Mareșal Ion Antonescu, Conducătorul Statului, a fost promulgată zilele acestea și expune câteva din prevederile legii, care apară cu mai multă eficacitate ca în trecut sănătatea publică, dă mai multe drepturi medicilor și favorizându-le inițiativa le mărește responsabilitatea.

D-sa expune ideile fundamentale, care au servit ca norme generale de-a lungul tuturor capitolelor: simplificarea administrativă și consolidarea instituțiilor

sanitare; — unificarea tuturor serviciilor medicale sub autoritatea Ministerului Sănătății; — descentralizarea administrației sanitare; — dezvoltarea vieții medicale locale; — rolul medicilor în acțiunea sanitară; — întocmirea unui corp sanitar complet, prin legiferarea tuturor problemelor sanitare.

În partea II-a a programului de dimineață urmează prezentarea unui *Memoriu asupra Creerii unui al patrulea centru de Invățământ Medical Superior la Craiova*, memoriu întocmit de Colegiul Medical de Dolj însușit de toate Colegiile Medicale din Oltenia și revendicat de întregul Corp Medical Oltenesc.

În susținere a luat cuvântul D-nii Dr. N. Hasnaș, Președintele Colegiului Medical de Gorj; Dr. Vlădescu, Președintele Colegiului din Vâlcea; Președinții celorlalte Colegii Medicale din Oltenia și D-l Dr. A. Metzulescu care spune că această revendicare a făcut obiectul năzuințelor permanente ale Corpului Medical din Craiova.

D-l Prof. V. Papilian dela Sibiu-Cluj completează motivele cari pledează pentru înființarea unei Facultăți de Medicină pentru Oltenia, care nu poate fi decât la Craiova; această nouă facultate trebuie să fie de sine stătătoare, să fie o facultate completă, începând deocamdată cu primii 2 sau 3 ani.

Se depun la birou numeroase *Rapoarte asupra Organizării și Funcționării instituțiilor și Serviciilor Medico-sanitare din Oltenia*, care vor fi supuse D-lui Ministru și publicate în Buletinul Societății.

Se fac comunicări științifice de D-nii Dr. A. Popescu dela Tr. Severin și de D-l Prof. Dr. V. Papilian dela Sibiu.

La ora 16 după prânz a început *Ciclul de Conferințe Medicale* anunțate care au continuat și a doua zi, anume: Prof. Dr. I. Iacobovici: Considerațiuni chirurgicale din războiul actual; — Prof. P. Niculescu: Contribuțiuni românești la combaterea epidemiilor de război; — Prof. Dr. V. Papilian: Concepția rasială și concepția etnică în Studiul antropologic al românilor; — Prof. Dr. V. Ciocâlțu: Importanța Laboratorului în practica medicinei; — Prof. Dr. E. Crăciun: Patogenia icterului epidemic; — Prof. Dr. P. Niculescu: Eroismul Medicilor români în ultimele două războaie; — și D-l Dr. I. Stoichița, Secretar General al Ministerului Sănătății: Educația Igienică în cadrul acțiunii preventive.

În toamnă va avea loc al II-lea Ciclu de conferințe. Aceste conferințe vor fi publicate în Buletinul Societății care este „*Oltenia Medicală*” și vor forma adevăratele *Cursuri de perfecționare pentru medicii Olteni*, care se vor ține după un program stabilit, pe subiecte de interes medical general.

Note și informațiuni

Decrete. Deciziuni.

— **In Mon. Oficial Nr. 71** din 25 Martie 1943, s'a publicat Legea Nr. 189 pentru organizarea sanitară a statului.

Noua lege, se bazează pe următoarele idei fundamentale :

1. Simplificarea administrativă și consolidarea instituțiilor sanitare. 2. Unificarea tuturor serviciilor medicale sub autoritatea Ministerului Sănătății. 3. Descentralizarea administrației sanitare. 4. Dezvoltarea vieții medicale locale.

— **In Mon. Oficial Nr. 75** din 30 Martie 1943, s'a publicat mișcarea făcută în personalul medical, pe 1 Aprilie 1943 după cum urmează :

D-l Dr. Nana Aurel, actual medic primar chirurg provizoriu la Institutul pentru studiul și profilaxia cancerului Cluj-Sibiu, se confirmă definitiv în acest post, fiind reușit la examenul de clasificare pentru medici primari.

D-l Dr. Todea Cornel, actual medic primar provizoriu al secției T. B. C. dela spitalul Turda, se confirmă definitiv în acest post, reușind la examenul de clasificare pt. medici primari.

D-l Dr. Popa Octavian, medic stagiar al circ. Topolog-Tulcea, se transferă în aceeași calitate, în postul de medic al circ. Cincu jud. Făgăraș.

— **Prin Decretul Regal Nr. 859** publicat în Mon. Oficial Nr. 79 din 3 Apr. 1943, D-l Dr. Nicolae Gruia Ionescu, medic primar, director al spitalului de boli interne din Ploiești și consilier tehnic delegat, a fost numit, pe ziua de 1 Aprilie 1943, în funcțiunea de secretar general la Departamentul Muncii, Sănătății și Ocrot. Sociale.

— **In Monitorul Oficial Nr. 80** din 5 Aprilie 1943, s'a publicat Legea Nr. 219 pentru înființarea și organizarea Eforiilor de spitale.

Idem. — Legea Nr. 220 pentru statutul de funcționare a clinicilor Facultăților de medicină.

— **Prin decizia ministerială Nr. 115.357/943**, publicată în Mon. Oficial Nr. 82 din 7 Apr. 1943, d-l Dr. Gh. Banu, profesor de medicina socială la Facultatea de medicină din București, actual șef de secție al Institutului de igienă și sănătate publică din București, se numește pe 1 Aprilie 1943 director al aceluși Institut, în locul d-lui Dr. Ovidiu Comșa.

— **Prin Decizia ministerială Nr. 115.359/943**, d-l Dr. C. N. Ionescu profesor de farmacie galenică la Facultatea de farmacie din București, se numește pe 1 Aprilie 1943, director al Institutului Chimico-farmaceutic.

— **In Mon. Oficial Nr. 84** din 9 Apr. 1943, s'a publicat Jurnalul Consiliului de Miniștri Nr. 203, cu norme privind deplasarea funcționarilor publici pentru servicii de executat înafară de reședința în care sunt numiți.

— **Prin Decizia Nr. 115.362 943** d-l Dr. Ovidiu Comșa, înlocuit în baza art. 64 din legea Nr. 189 din 25 Martie 1943, din funcția de director al Institutului de igienă și sănătate publică din București, pe 1 Apr. 1943, a fost numit provizoriu în post vacant de șef de secție.

— În ziua de 30 Martie 1943, orele 9 seara, a avut loc banchetul tradițional al absolvenților anului VI. de Medicină, la care au luat parte toți absolvenții acestui an și întreg corpul profesoral al Facultății de Medicină Cluj-Sibiu.

Puternic desinfectant pulmonar

Calmant al tusei

Recalcifiant

LACTOCRESIN „Sapic“

Sirop pe bază de: Gaiacol lichid
Lactofosfat de Calciu
Codeină
Tinct. de Aconit

In: Insomnie, Nervozitate, Nevralgii

CEREBROSAN SIROP

Calciu
Valeriană
Barbiturice
Brom
Analgezină

Sedativ: de trei ori pe zi câte 1—2 lingurițe
Hipnotic: 1 lingură înainte de culcare

Tratament de întreținere în cholecistopatii

HERBACOL „Sapic“

Asociație de plante medicinale cu acțiune blândă choleretică, cholagogă,
antiflogistică și calmantă

Indicat în:

Cholecistopatii subacute și cronice,

Cholelitiază

Mostre și literatură trimite la cerere:

Dr. WANDER S. A.

Fabrică de produse farmaceutice și dietetice

București II. - B-dul Bucureștii-Noi 90

THIONAÏODINE

INJECTABILĂ A & B

*maladia reumaticală cronică
și sindromele sale dureroase*

COMPRIMATE

*carență de sulf
reumatisme cronice*

PRODUSE ATOXICE
INJEȚII INDOLORE



ACȚIUNE CURATIVĂ
FĂRĂ REACȚIUNI

NAÏODINE

NORMALĂ A & B

toate algiile — nevrxite și secuale

SURACTIVÉE

NAIODINE + VITAMINE B₁

nevrite și polinevrite infecțioase și toxice

A intramusculară: două miligr. Vitamină B₁
pe fiolă de 10 cc.
Cazuri de gravitate mijlocie.

B intravenoasă: un centigr. Vitamină B₁
pe fiolă de 10 cc.
Cazuri grave.

LABORATOIRES JACQUES LOGE AIS ISSY-LES-MOULINEAUX **PARIS**

Eșantioane și Literatură la cerere

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R., BUCUREȘTI I. Str. Sf. Ionică No. 8

Redacționale

Costul anual al abonamentului la revistă este de Lei 800. Pentru autorități 2000 Lei.

Costul unui număr este 150 Lei. — Abonamentele se plătesc anticipativ prin mandate poștale pe adresa: Administrația Ardealul Medical, Clinica ginecologică și obstetricală, Cluj-Sibiu, strada Haller 1.

Toată corespondența referitoare la chestiuni de redacție și administrație se va adresa: Clinica ginecologică și obstetricală Cluj-Sibiu, str. Haller Nr. 1.

Revistele generale și articolele originale vor fi publicate întregi. Nu se admit articole cu urmare. Articolele nu vor depăși 4 pagini de revistă. Costul tiparului peste 4 pagini va fi suportat de autor, 1000 Lei pagina.

Autorii vor prezenta odată cu articolul și un mic rezumat în românește, franțuzește și nemțește.

Costul extraselor îl privește pe autor și jumătate din el se trimite deodată cu manuscrisul pe numele tipografiei, care altfel nu e obligată a face extrasele.

Se refuză articolele de critică și polemică ce vizează persoane, ca și articolele cari au fost deja publicate într-una din revistele din țară.

Recensiile articolelor originale vor fi scurte (maximum 15 rânduri tipărite, aprox. 30 rânduri scrise). Ele vor începe cu titlul lucrării în românește, titlul original (în paranteză), autorul, revista, numărul revistei, pagina și anul.

Toate manuscrisele vor fi dactilografiate.

Costul clișeelelor privește pe autori și vor fi comandate de autori după formatul revistei.

Domnii abonați sunt rugați să anunțe la timp schimbarea domiciliului, pentru a evita orice neînțelegere în legătură cu expedierea revistei.

Anunțurile se angajează direct prin Administrația revistei cu tariful următor:

În interiorul revistei 1 pagină 3000 Lei, 1/2 pagină 1600 Lei

Paginile de pe copertă și fixe au tarif special.

Pentru encartage se plătește 1 Leu de fiecare inserat.

Pentru anunțuri plasate pe pagina recto se socotește un plus de 30%.

Pentru anunțuri periodice (băi, staț. balneare, staț. climaterice etc.) se plătește un plus de 50%.

Tabloul de prețuri al extraselor pe formatul 8^o valabil dela 1 Aprilie 1942.

Numărul paginilor	Extrase pe hârtie satinată de tipar		Coperta obicinuită hârtie culoare										Observație
	Primele 25 exemplare	Următoarele 25 exemplare	25	50	100	150	200	300	Peste 300 ofertă				
									e x e m p l a r e				
									L e i				
4	550	80											1 pagină din revistă co- respunde cca. la 3 pagini din extras.
8	730	120											
12	1270	195	455	520	585	650	720	975	—	—	—	—	
16	1260	190											
	Extrase pe hârtie velină		Copertă groasă colorată										Pentru fiecare clișeu se va socoti în plus 30 Lei.
4	560	90											
8	780	145											
12	1340	235	520	650	910	1170	1430	1950	—	—	—	—	
16	1330	230											
													Tablourile etc. lipite la extrase se vor socoti în plus.

Chimioterapie antibacteriană

PNEUMOCOCCI
MENINGOCOCCI
GONOCOCCI
STREPTOCOCCI
STAPHYLOCOCCI

693

Dagénan

SULFAPIRIDINĂ

α (P-amino-benzen sulfamido)-piridină

COMPRIMATE DOZATE LA 0.50g

doza medie la adult
in primele zile:

*3 grame, și mai mult în cazurile grave,
și anume în doze fracționate de câte
o jumătate de comprimat.*

ODETTE
LEAU

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA MARQUES POULENC FRÈRES & USINES du RHÔNE

21, RUE JEAN GOUJON · PARIS · 8^e

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXIII

SIBIUL MEDICAL

Anul VIII

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICA

Anul VI

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Organ Oficial al Facultății de Medicină din Cluj-Sibiu, Societății Științelor Medicale din Cluj-Sibiu
Inspectoratului General Sanitar Sibiu și al Colegiilor Medicilor din Inspectoratul General Sanitar Sibiu

COMITETUL DE REDACȚIE:

Prof. Dr. I. Aleman, Prof. Dr. V. Baroni, Prof. Dr. Gr. Benetato, Prof. Dr. V. Bologa, Prof. Dr. Gh. Buzoianu, Prof. Dr. C. Crișan, Dr. I. Cosma, Prof. Dr. L. Daniello, Dr. I. Fabritius, Doc. Dr. O. Filipescu, Prof. Dr. I. Goia, Prof. Dr. C. Grigoriu, Prof. Dr. M. Hângănuț, Prof. Dr. I. Hațieganu, Dr. L. Ionașiu, Prof. Dr. M. Kernbach, Prof. Dr. I. Manta, M. Manta, Dr. C. Manta, Prof. Dr. D. Michail, Prof. Dr. I. Moldovan, Prof. Dr. D. Negru, Prof. Dr. V. Papilian, Prof. Dr. Al. Pop, Prof. Dr. R. Popa, Prof. Dr. Gh. Popoviciu, Conf. Dr. Tr. Popovici, Dr. A. Popu, Dr. Gh. Preda, Prof. Dr. S. Secăreanu, Dr. I. Stoichiția, Prof. Dr. M. Sturza, Dr. I. Sturza, Prof. Dr. C. Tătaru, Prof. Dr. E. Țeposu, Prof. Dr. C. Urechia, Dr. L. Ursu, Prof. Dr. T. Vasiliu, Prof. Dr. C. Velluda.

DIRECTOR:

Conf. Dr. I. GAVRILĂ

REDACȚIA
ȘI ADMINISTRAȚIA

Clinica ginecologică și
obstetricală Cluj-Sibiu,
str. Haller Nr. 1
Telefon 45

Chimioterapia perorală a blenoragiei se face prin

ALBUCID

simplu:

4 ori zilnic câte 2-3 tablete după masă

cu succes:

cota vindecării se urcă la cca 90 %

scurt:

durata tratamentului este de 4-5 zile

*nevătămător:**

Din zeci de mii de cazuri nu s'a observat
ni ci-o vătămare

* Desintoxicația care precedă parțial în corp, prin acetilizare la alte sulfonamide la Albucid aceasta este anticipată. Totuși acetilizarea la Albucid este astfel executată încât, în contrast cu combinația inactivă acetică ce se naște în corp, s'a obținut un preparat cu acțiune terapeutică simțitor mărită.

Ambalaje originale:

Tuburi cu 20 tablete conținând 0.5 g

Ambalaje pentru clinică cu 500 tablete

Albucid pentru injecții:

Cutie cu 5 fiole de 5 cmc.

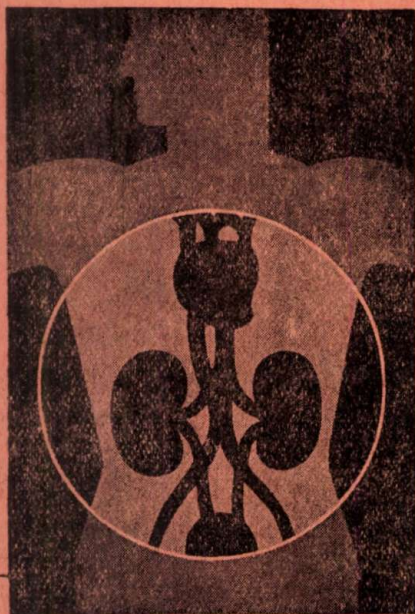


S C H E R I N G A. G. B E R L I N

CODERE București, Str. Clémenceau Nr. 6

Tel.: 3.58.03 - 3.58.04 - 3.58.05

Inserisă la Tribunalul Sibiu, Secția II-a, sub Nr. Fl. 47/1941.



*Pentru
terapeutică
individuală
a inimii și
circulației*

Calcium-Diuretina

Medicament eficace cardiac și vascular
și diuretic puternic.

Iod-Calcium-Diuretina

În deosebi pentru tratamentul turbu-
rărilor bătrâneții.

Rhodan-Calcium-Diuretina

Medicament hipotensiv reputat.

Tuburi de câte 20 tablete.



KNOLL A.-G., Ludwigshafen pe Rin.

«KNOLL» S.A.R., Str. Atena 29, București 3.



D. D. Medici sunt anunțați pe această cale, că am pus în vânzare noul produs

ANTISCORBIN

Ultima expresie a științei în prepararea produselor de vitamină „C.” (L-Ascorbinat de Sodiu), — Produs ce înlocuește, cu efecte superioare, produsul nostru anterior ASCORBIN.

Binevoiți a reține, deci, denumirea

ANTISCORBIN

Pentru formele :

- a) INECȚII (L-Ascorbinat de Sodiu) : 0,05/1 cmc — cutia cu 10 fiole
0,10/2 ” ” ” 5 ”
0,50/5 ” ” ” 3 ”

- b) TABLETE (Acid Ascorbic) : Tubul cu 12 Tablete 0,05 gr.

Fabrica HYGEA-CLUJ S. A. R., București

Splaiul Unirii 127

Telefon 4—22—44



In tratamentul eficace al malariei

ATEBRIN

Asigură defervescență rapidă și o durată minimă de tratament. Toleranță bună. Cota recidivelor foarte redusă. Economie maximă.

»Bayer«



LEVERKUSEN

Reprezentanța generală pentru România :

„ROMIGEFA“ S. A. R., București I, strada Brezoianu 53, Tel. 6.01.80

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXIV

SIBIUL MEDICAL

Anul IX

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICA

Anul VII

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

SUMARUL:

Articole științifice:

Prof. Dr. I. Iacobici și Dr. Porumbaru Ion: Sutura secundară tardivă în tratamentul plăgilor de războiu	Pag. 218
Prof. Dr. Grigore Benetato, Dr. R. Oprean, Dr. T. Agârbiceanu și Dr. T. Tudoraș: Conservarea sângelui de om și utilizarea lui pentru transfuzii	" 221
Dr. V. Moșoiu: Hernie inghinală a ovarului	" 230
Dr. Maxim Păunescu: Deslipire praematură de placentă normal inserată	" 231

Activitatea Instituțiilor sanitare:

Dr. O. Oprean: Raportul sanitar al județului Sibiu pe anul 1942	" 233
Conf. Dr. I. Gavriliță și Drd. E. Boeriu: Considerațiuni asupra funcționării Serviciului de boli contagioase din Spitalul Public Sibiu și asupra cazurilor de boli contagioase, tratate în cursul anului 1942	" 239
Dr. Vasile Moțoiu: Arhiva și cancelaria medicului de circumscripție rurală	" 242

Probleme terapeutice:

Dr. M. Daicicov: Diatermia cervicală în tratamentul glaucomului	" 245
Dr. Constantin Daniel și Dr. Ecaterina Jercea: Acțiunea Diphenyl-Hidantoinatului de sodiu în formele grave de epilepsie	" 247

Medicină preventivă:

Dr. T. Turcu, Dr. N. Maier și Dr. Alimăneștianu-Adam: Cercetări în legătură cu două epidemii de febră tifoidă produsă prin infecție de sol	" 250
Dr. Virgil Armeanu: Mortalitatea infantilă în comuna Alămor jud. Sibiu, pe anii 1932—1941	" 262

Societăți medicale	" 259
------------------------------	-------

Revista cărților	" 263
----------------------------	-------

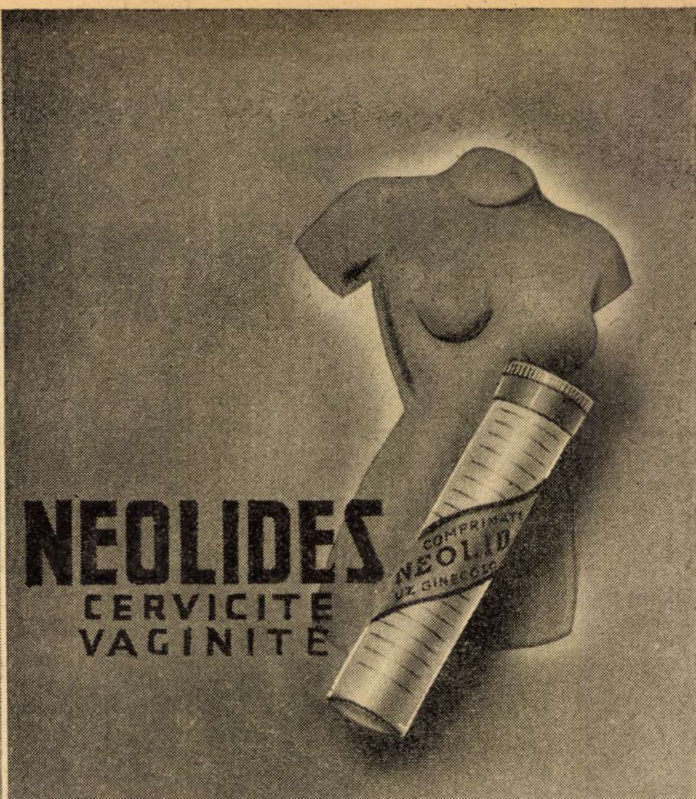
Elemente de Chirurgie, pentru studenți și medici practicieni, de Prof. Dr. Al. Pop.

Note și informațiuni	" 264
--------------------------------	-------

Decrete, — Deciziuni, — Concursuri.



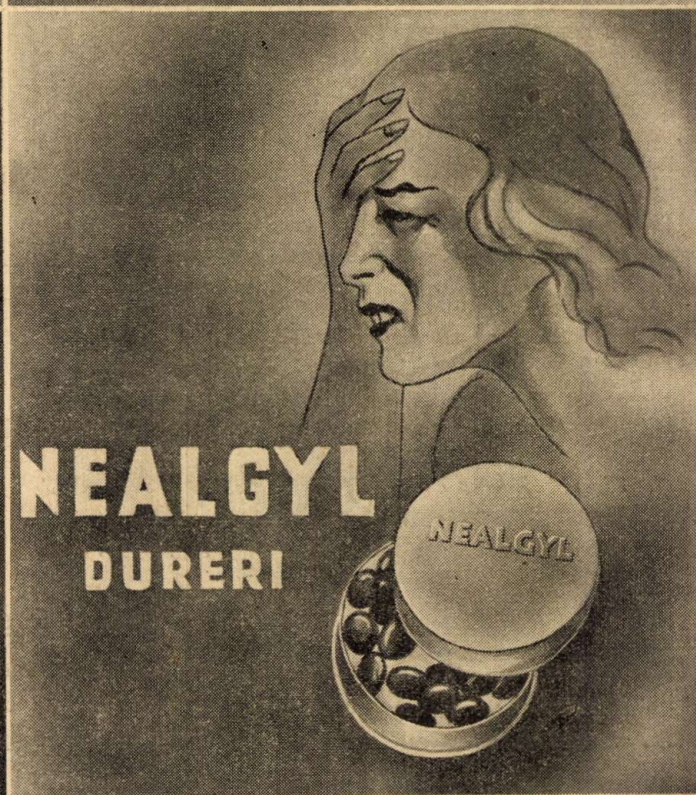
NEOL
ANGINE
ULCERATIUNI



NEOLIDES
CERVICITE
VAGINITE



CODOFORME
TUSE



NEALGYL
DURERI

LABORATOIRES BOTTU PARIS

Reprezentant
pentru România
**LABORATORUL
FARMACEUTIC**



"LUTEȚIA" S.A.R.
STR. TOAMNEI 103
BUCUREȘTI III
TELEFON 1.38.15

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXIV

SIBIUL MEDICAL

Anul IX

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICA

Anul VII

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Articole științifice

Sutura secundară tardivă în tratamentul plăgilor de războiu¹⁾

de

Prof. Dr. I. Iacobovici și Dr. Porumbaru Ion

Prelungirea excesivă a războiului; pierderile mari suferite și numărul mare al răniților impun o verificare a metodelor noastre de tratament pentru plăgile de războiu.

În războiul mondial 1914—1918 s'a practicat la început o chirurgie excesiv de timidă, care se limita la badionarea cu tinctură de iod, pansare și evacuare. Acest tratament conservator al plăgilor de războiu a fost dezastruos.

Chirurgii civili dela armate și societățile de chirurgie de atunci s'au ridicat cu violență contra acestul tratament și au impus o chirurgie activă care s'a dovedit salvatoare.

Conferința chirurgicală interaliată în ședința dela 14 Mai 1917 ajunge la următoarele concluziuni în ceea ce privește tratamentul plăgilor.

1. Este de dorit ca organizarea serviciilor să fie orientată astfel ca să permită o continuitate de direcțiune chirurgicală în tratamentul răniților.

2. La posturile de ajutor și cu deosebire în tranșee îngrijirile chirurgicale se vor reduce la minimum.

3. Este esențial de a transporta răniții cât se poate mai repede în spitalele mari situate la 10—20 de kilometri de linia de luptă.

4. Debridarea largă a plăgilor cu rezecția țesuturilor zdrobite și îndepărtarea resturilor de echipament și a altor corpi străini trebuie considerată ca o regulă formală care nu suferă excepție decât în unele cazuri benigne, putând fi urmărite de aproape.

5. După această intervenție, sutura imediată este susceptibilă de a da rezultate favorabile, cu deosebire

în răniile articulare. Ea nu poate să fie practică decât în cazurile unde rănirea datează de câteva ore (maximum 8 ore) și când chirurgul poate să urmărească operatul său 15 zile.

6. Dacă sutura imediată n'a fost practică trebuie să recurgem la *sutura secundară* imediat ce sterilizarea plăgei a fost recunoscută clinicăște ca suficientă.

7. Evoluția plăgei trebuie sistematic controlată prin examene bacteriologice în serie permițând să se stabilească o curbă microbiană și a determina gradul de sterilizare.

Frontul, bine stabilit în Occident în cursul anilor 1915—1916 și 1917, a permis ca aceste recomandări să fie ușor aplicate. Formațiile sanitare de ospitalizare, serviciile motorizate de chirurgie, ca și faptul că luptele se dădeau pe fronturi relativ mici și de scurtă durată, au permis aplicarea acestor recomandări.

Ceva mai mult, sutura primitivă a plăgilor s'a extins din ce în ce mai mult. Cunoscută și practică de foarte mult timp, ea a fost utilizată în timpul războiului mondial cu deosebire de *Gaudier din Lille* și *Lemaitre din Paris*. Și *Grégoire* spunea la ședința Academiei de Chirurgie dela Paris din 24 Ianuarie 1940, că în 1918 practica suturei primitive era generalizată. La această ședință s'a produs o discuție foarte interesantă.

Duval a arătat numeroase fotografii cu suturi primitive și cu rezultate foarte frumoase. *Lenormant* a arătat când să se facă această sutură și s'a insistat asupra necesității imperioase ca răniții suturați să fie ospitalizați și ținuți sub strictă supraveghere chirurgicală. *Gosset* a susținut, că este contra suturei primitive, dar

¹⁾ Conferință ținută la Reuniunea Medicală din Sibiu, 10 Aprilie 1943.

Ostași știu să lupte, cei de acasă sunt dator să știe a munci, a face, a curma firul minciunilor și a crede în victorie.

că este partizanul suturei întârziate dela 4 până la 8 zile după curățirea plăgel.

Roux-Berger și Senleq pe baza observațiilor ce le fac pe frontul franco-german din 1939 arată pericolele suturilor primitive făcute fără o tehnică bună. Și dânsii scriu „sutura primitivă a unei fracturi deschise, oricât ar fi de favorabil cazul, ni se pare condamnată fără excepție”.

Aș putea continua cu citațiile ca să dovedesc că utilizarea suturei primitive bună și generalizată în 1918, n'a dat în războiul actual rezultatele, care se așteptau.

În schimb sutura secundară s'a aplicat și cu deosebit succes și în războiul mondial și în cel planetar, pe care-l trăim acum.

Această sutură s'a putut aplica cu succes și mai mare decât în războiul precedent, grație descoperirii sulfamidelor. *Legroux* dela Institutul Pasteur face o comunicare la Academia de Chirurgie din Paris la 17 Aprilie 1940 intitulată: „Chimioprevențiunea infecțiunii bacteriene a plăgilor de război”. El arată că din cercetările bacteriologice făcute de francezi și englezi în războiul mondial rezultă că 70% din morți de pe urma plăgilor de război se datoresc streptococilor. După ce expune cercetările sale experimentale ajunge la concluzia necesității, pulverizării plăgilor cu sulfamide, iar în plăgile unipolare și cele bipolare să se introducă creioane de sulfamide. Ultima concluzie a lui *Legroux* este următoarea: „După o intervenție la un rănit infectat și pe care trebuie să-l menținem sub medicație sulfamidată, tirajul sulfamidă în sânge va fi practicat zilnic în laborator; această cercetare este simplă și rapidă, printr-o metodă de comparație colorimetrică”.

Legroux arătase prin cercetări experimentale că doza antistreptococică de sulfamidă din sânge trebuie să fie de cel puțin un miligram la 100 cmc. sânge. Un tratament sulfamidat de cel puțin opt zile este necesar pentru a opri invazia streptococică.

D-l Dr. *Eugen Porumbaru*, într'un articol publicat în ultimul număr a revistei de Chirurgie intitulat: „Considerațiuni asupra unor metode de tehnică și procedee chirurgicale uzuale observate într'un spital german de linia II-a scrie următoarele: „Sulfamidarea cu pulbere de Eubasin, Marfanil sau Prontalbin atât a plăgilor proaspete în scop terapeutic și preventiv infecțiilor, cât și a plăgilor infectate, în scop terapeutic” ... ?

Domnul *Porumbaru* arată că sulfamidarea se practică după curățirea mecanică a plăgilor și se repetă la fiecare schimbare de pansament.

D-l *Porumbaru* mai arată la capitolul VII, următoarele: „Tendința și eforturile reușite de a scurta la maximum timpul necesar cicatrizării plăgilor prin întrebunțarea sistematică, după dispariția fenomenelor acute, a suturei secundare”.

Dânsul enumără inconvenientele rezultate din cauza cicatrizării lente și vicloase și constată bunele rezultate a suturei secundare. El scrie: „În primul rând, în unele cazuri bolnavii, ce stau cu lunile în spitale așteptând cicatrizarea plăgilor, pot fi vindecați într'un timp cu mult mai scurt, fie pentru a fi recuperați și redați frontului, fie pentru a descongela spitalele”.

Utilizarea antisepticilor puternici și a suturei secundare s'a făcut și în războiul mondial.

Tratamentul plăgilor după metoda *Mencières* era destul de răspândită pe frontul occidental.

Greignon și Blaque în studiul lor din 1918 scriu: „Dar să fie bine înțeles, înainte de a întreprinde această descriere, că metoda lui *Mencières* nu suprimă în niciun chip actul chirurgical pe cât de precoce pe atât de complet cât este posibil”.

Soluția lui *Mencières* este următoarea:

Galacol	} aa. 10 gr.
Eucalyptol	
Balsam de Peru	
Iodoform	
Alcool	100 gr.
Ether oficial	Q. S. p. 1 litru

Plaga curățită prin actul chirurgical este expusă acțiunii unui pulverizator care o udă cu soluție în toate părțile. Plaga se acopere cu o pătură subțire de iodoform și capătă un aspect particular. Pe măsură ce plaga se curăță se răresc pansamentele.

Eu am întrebunțat mult această metodă și în clinica mea și cu deosebire la Spitalul de Urgență unde am obținut bune rezultate. La intrarea noastră în campanie am întrebunțat această metodă la răniții de război. Și am întrebunțat această metodă cu mai multă convingere după citirea unui articol a lui *Kirschner* care scria, că cu toate sulfamidele, totuși venerabilul iodoform își păstrează locul său în chirurgia de război.

Metoda lui *Mencières* s'a dovedit foarte eficace în diminuarea curbei microbiene, care se reduce la zero în cel mult zece-cincisprezece zile.

Metoda lui *Mencières* nu exclude suturile primitive și cu atât mai puțin cele secundare.

Greignon și Blaque scriu: „Ea nu exclude suturile secundare; din contra acestea sunt sfârșitul normal al unei dezinfecții regulate prin această metodă și sunt executabile imediat ce indicile microbiane s'a scoborit sub o unitate”.

Și eu și D-l Ioan *Porumbaru*, asistent în clinica mea, am întrebunțat deseori metoda *Mencières* pentru aseptizare și înainte și în timpul executării operațiilor, în vederea suturei secundare.

* * *

Știm, că suturile utilizate în tratamentul plăgilor de război pot fi primitive sau secundare.

Suturile primitive se pot practica imediat ce s'a produs plaga și se numesc *suturi primitive imediate* sau pot fi făcute la câteva ore după rănire și se numesc *suturi primitive întârziate*.

Este de remarcă, că sutura primitivă imediată a fost cunoscută din cea mai veche antichitate. Se recomandă pe atunci ca să se aplice pe buzele plăgei coarnele unei caradașce și să i se tale capul acestei insecte. Prin spasmul morței coarnele se apropie și plaga era închisă. Sutura primitivă s'a întrebunțat puțin în războiul actual și acolo unde s'a practicat a dat rezultate rele. Aceste rezultate se explică din cauza imposibilității în care s'au găsit formațiile sanitare de a ospitaliza răniții mai mult timp, din cauza războiului de mișcare, care se face acum. Am văzut un singur ofițer de al nostru cu o plagă penetrantă de genunchi, îngrijit la un spital german și la care s'a făcut o sutură primitivă și care a evoluat foarte bine.

Noi am practicat suturi primitive pe răniții din bombardamentele executate asupra Bucureștilor. Aceste suturi practicate la câteva ore după rănire și la răniți care au stat sub observație medicală până la vindecare au dat rezultate bune.

Sutura secundară imediată s'a practicat mult în războiul mondial. Profesor Gosset în ședința din 17 Ianuarie 1940 a Academiei de Chirurgie spunea „că dânsul nu este partizanul suturei primitive, în schimb sunt partizanul convins al suturei întârziate făcute între a patra și a opta zi după curățirea plăgei. De ce nu s'ar pune după această curățire, fire de așteptare care se vor strânge când condițiile stării generale, a temperaturii, pulsului și examenele bacteriologice repetate, vor arăta că reunirea poate fi făcută cu toată siguranța”.

Din cauza războiului de mișcare această sutură secundară imediată s'a practicat foarte puțin, însă serviciile de chirurgie care au fost bine utilizate au întrebunțat des sutura secundară.

D-l Eugen Porumbaru scrie în articolul citat că la spitalul german unde a lucrat dânsul se practica metoda aceasta a lui Gosset în modul următor: când plaga începea să se curețe și examenul bacteriologic arăta o sterilizare se apropie buzele plăgei cu bande de leucoplast. După câteva zile se pun puncte de sutură cu deosebite la capetele plăgei. Se controlează zilnic plaga se pun sulfamide și dacă starea generală a bolnavului este bună și plaga nu reacționează se completează sutura. Din contră, dacă sunt reacțiuni locale sau generale se scot firele și se desface plaga.

Scopul acestei suture secundare imediate este de a dirija cicatrizarea și de a scurta timpul de vindecare.

Din descrierea lui Gosset și cea a lui Porumbaru se vede că această sutură ca să fie practică cu succes cere posibilități de cercetări bacteriologice și o stabilitate, care să permită urmărirea până la vindecare a răniților.

Sutura secundară imediată practică fără aceste posibilități este tot așa de periculoasă ca și cea primitivă.

Serviciile noastre de chirurgie din zona de operație n'au avut nici laboratoare de bacteriologie și nici posibilități de a urmări pe răniți până la vindecare din această cauză nu s'a practicat sutura secundară imediată.

* * *

Sutura secundară tardivă, adică cea care se practică după 15-20 zile sau mai mult, după rănire nu s'a practicat de cât foarte puțin și în armata noastră și în cea germană cu deosebire în primul an de război.

Medicul general Carl Franz, profesor la Academia militară din Berlin, scrie în Zentralblatt für Chirurgie Nr. 33 din 1940 următoarele: „Se cunosc azi prea puțin avantajele suturei secundare. Toți cred, că o plagă care nu a putut fi vindecată prin sutura primitivă trebuie lăsată să se cicatrizeze per secundam intentionem”.

Franz, arată că marea masă a răniților gravii sunt aduși în spitalele de campanie și cu deosebire în cele din țară. Aci din cauza numărului redus de medici și îngrijirea populației civile, tratamentul răniților este lăsat pe seama surorilor, studenților, infirmierelor. Se aplică alifii, pansamente cu dezinfectante și se schimbă pansamentele la scurte intervale.

Franz arată, că dezavantajele acestor tratamente sunt: 1. Durata prelungită a tratamentului în dauna răniților, statului și armatei; 2. cicatricele vicloase mai ales în plăgile profunde.

Observațiunile făcute de Franz în Germania le-am făcut și eu în cursul inspecțiilor făcute la spitalele de zonă internă.

Se temporizează excesiv de mult așteptând cicatrizare spontană.

Cicatrizarea, are dezavantajele tuturor cicatricelor chiar atunci când este bună. Știm cu toții, că aceste cicatrice formate din țesut conjunctiv nu sunt identice cu epidermul. Aceste cicatrice chiar când sunt bune, sunt foarte sensibile, se ulcerează foarte ușor. Cicatricile acestea sunt cu deosebire redefectuoase la nivelul bonturilor de amputație și mai ales la membrul inferior. Nu este de prisos să amintim, că aceste cicatrice pot degenera cu timpul și că dau neoplasme. În majoritatea cazurilor cicatricile aderă de planurile profunde și aderă de multe ori de bonturile osoase. Trebuie să amintim de cicatricile vicloase și toate inconvenientele care rezultă din prezența acestora.

Cicatrizarea per secundam mai are și alte dezavantaje și anume produce miozite, nevrite și foarte dese ostele sau osteomielitele.

Miozitele constituie un impediment în funcțiunea bonturilor.

Nevritele prin durerile cari dau, prin fenomenele de cauzalgie și altele crelază tulburări și o stare psihică precară.

Iritația îndelungată a oaselor dă acele ostele, osteomielitele, cari deformează oasele.

Capetele osoase din bonturile de amputație au acea formă de măclucă, de conopidă. Aceste capete se acopăr greu; sunt dureroase.

Simpla rezecție a acestor hipertrofi osoase, reajustarea bonturilor nu duce la rezultat. Cauzele rămânând aceleași, fenomenul se repetă.

Pentru a scurta perioada de vindecare și a evita complicațiile fatale cicatrizării per secundam am întrebunțat în cursul anului 1941 sutura secundară întârziată pe o scară din ce în ce mai mare.

Tehnica întrebunțată de noi a fost următoarea. Așteptăm ca fenomenele locale și generale de infecție să dispară la răniții amputați sau operați în alte spitale. Timpul de așteptare a variat dela 20-30 de zile.

Controlul bacteriologic recomandat de *Carrel* și practicat la unele formațiuni nu l-am putut face, totuși controlul clinic nu ne-a înșelat în nici un caz.

Considerând clinică infecția ca dispărută sau atenuată am procedat la operație.

Intervenția noastră a variat după cazuri, în genere am ridicat toată suprafața granulară până la o adâncime de cel puțin un centimetru, am ridicat focarele de miozită, am rezecat nevroamele, am făcut emostază și am rezecat osul până am ajuns la țesut osos normal.

Suprafața astfel avizată sângerează de regulă abundent. Pentru a face emostaza legăm vasele și turnăm pe plagă apă oxigenată. În regulă generală emoragia capilară se oprește destul de repede în urma aplicării apei oxigenate.

După ce s'a eliminat apa oxigenată se toarnă pe plagă soluția Menclère sau mai bine se pudrează toată plaga cu o sulfamidă de preferit Marfanil simplu sau Marfanil-Prontalbin.

Plaga fiind sulfamidată se suturează straturile profunde și apoi cele superficiale căutând să aducem în contact tegumentele.

Când credem, că am putea avea un rest de infecție, drenăm cu un tub sau cu fire de setolină.

Aplicăm acest tratament la 14 răniți cari ne vin curând după rănitire dela spitalele din zona de operație în cursul lunilor Iulie, August, Septembrie, Octombrie și Noiembrie 1941. Răniții aceștia se vindecă între 8 și 25 de zile.

Timpul trecut dela prima operație și până la vindecarea completă a variat dela minimum 16 zile până la maximum 52 zile.

Răniții din cursul anului 1942 sosesc la spitalele de zonă internă foarte târziu, căci se luaseră dispozițiuni ca să fie ospitalizați în zona operativă. Șapte din acești răniți vin la noi după 3-4 luni dela prima operație. După ce îi ținem în observație câteva zile procedăm la intervenție și sutură secundară tardivă.

După facerea suturei, toți cei șapte răniți se vindecă într'un timp care variază dela minimum 10 zile până la maximum 30 de zile.

Dar timpul socotit dela prima intervenție și până la vindecare care a variat dela minimum 56 zile care a fost în trei cazuri până la 100-145 zile cum a fost în celelalte cazuri.

Urmează deci că acești din urmă răniți au pus un timp dublu, triplu și uneori mai mult pentru a se vindeca.

Dacă nu s'ar fi făcut sutura secundară tardivă timpul acesta s'ar fi prelungit și mai mult.

Sutura secundară dă reuniri per primam aproape în toate cazurile. Sunt rare cazurile unde se produce o ușoară iritație și în aceste cazuri aplicări de prîșnțe, vaccinul Delbert, o sulfamidă per os, sau subcutanat, jugulează iritația.

Sutura a ținut în toate cazurile și n'a fost nevoie s'o desfacem.

Calitatea vindecării a fost întodeauna superioară celei obținute prin închiderea spontană a plăgilor.

În locul unei cicatrice conjunctive vaste, avem o cicatrice lineară nedureroasă, liberă și care nu expune la complicațiile imediate și tardive caracteristice cicatricelor vaste.

Sutura secundară imediată a fost aplicată cu un deosebit succes de *Carrel* în timpul războiului trecut. Mișcarea neconținută a fronturilor, întinderea enormă și condițiile speciale ale frontului oriental n'au permis utilizarea acestor metode excelente în foarte multe cazuri.

Dacă sutura secundară imediată n'a putut fi aplicată decât rar, în schimb sutura secundară tardivă trebuie să fie aplicată cât mai des și cu deosebire în spitalele de zonă internă.

A aștepta cu lunile cicatrizarea unui bont de coapsă, este o greșală mare și o cheltulă imensă.

Aplicarea la timp util a suturei secundare tardive, executarea unei tehnici bune și rezultatele bune în aproape toate cazurile impun generalizarea acestor excelente metode.

Sutura secundară tardivă, aplicată bine și la timp, scurtează enorm timpul de vindecare, ridică moralul rănitului și redă oștirii elemente obligate cu lupta.

RESUMÉ

La suture secondaire tardive dans le traitement des plaies de guerre

Au cours de l'année 1942 les auteurs ont appliqué à une série de blessés de guerre la suture secondaire tardive dans le traitement de certaines plaies, 3-4 mois après la première opération. Les cas ont guéri dans 10-30 jours.

L'application de la suture secondaire tardive à temps, l'exécution d'une bonne technique permettent d'enregistrer de bons résultats à peu près dans tous les cas. Cette méthode de traitement réduit sensiblement le temps de guérison, élève le moral des blessés et rend à l'armée des éléments habitués avec la lutte.

ZUSAMMENFASSUNG

Tardive Sekundärnahtbehandlung von Kriegswunden

Die Verfasser haben im Laufe des Jahres 1942 bei einer Serie Verwundeter in der Behandlung von Kriegswunden die späte Sekundärnaht angewendet, bei welchen bereits 3-4 Monate nach der an der Front vorgenommenen Operation verstrichen waren. Die Fälle heilten in 10-30 Tagen.

Die zur rechten Zeit und mit vollkommener Technik angewendete späte Sekundärnaht hat in fast allen Fällen gute Resultate ergeben. Diese Behandlungsmethode verkürzt bedeutend die Zeit der Heilung, hebt den Gemütszustand der Verwundeten und gibt der Armee die mit dem Kampfe gewohnten Elemente zurück.

Conservarea sângelui de om și utilizarea lui pentru transfuzii

(Tehnica Institutului de Fiziologie al Facultății de Medicină din Cluj-Sibiu)

de

Prof. Dr. Grigore Benetato, Dr. R. Oprean, Dr. T. Agârbicescu și Dr. T. Tudoraș

(Continuare din Nr. 5).

B) Acțiunea terapeutică a sângelui conservat

Efectele terapeutice ale transfuziilor sunt datorite atât acțiunii de substituție exercitate de grefonul sanghin, cât și reacțiilor declanșate de acest grefon în organismul primitorului.

Primul efect se evidențiază în deosebi în tratamentul hemoragiilor grave și în general al oligămiilor și într-o măsură oarecare în acel al anemiilor aplastice, iar al doilea, constând în stimularea și normalizarea eritropoezei, în hemostază, în activarea mijloacelor de apărare ale organismului și în așa zisul efect de reacordare (Umstimmung), se traduce clinic în special prin acțiunea binefăcătoare a transfuziilor în anemiile cronice și secundare, în hemoragii, cu deosebire cele parenchimatoase și de suprafață, în infecțiile generalizate și localizate specifice și nespecifice, în evoluția stărilor post-operatorii și traumatiche, în intoxicațiile exo- și endogene și în stările de dezechilibru organo-vegetativ.

La Centrul de Transfuzie din Sibiu s'au făcut în decurs de un an peste 300 de transfuzii cu sânge conservat, în 161 cazuri de maladii chirurgicale și interne și s'a urmărit gradul de toleranță al organismului față de sângele conservat după tehnica noastră și efectul terapeutic al acestui produs (cardio-vascular, hemostatic, eritropoetic, antinfecțios și antitoxic, stimulare generală). Acțiunea eritropoetică a sângelui conservat a putut fi urmărită mai de aproape prin determinarea numărului de hematii și prin dozarea hemoglobinei, iar celelalte efecte au fost apreciate după evoluția clinică.¹⁾ Rezultatele obținute sunt trecute în tablourile recapitulative alăturate (Nr. IV, V) și discutate mai pe larg în text.

¹⁾ Cercetările noastre s'au făcut în Clinicile și spitalele din Sibiu, cu sprijinul larg acordat de D-rii Profesori Dr. I. Hațieganu, Dr. I. Goia, Dr. E. Țeposu, Dr. A. Pop, Dr. Gh. Popoviciu, Docent Dr. O. Filipescu, Medic Major Dr. Michail și Dr. C. Gheorghiu, cărora le exprim și pe această cale sentimentele mele de cea mai vie recunoștință.

Tabloul Nr. 4

Indicațiile transfuziei			N-rul cazurilor	N-rul transfu-ziilor	Cantitatea de sânge trans-fuzat (in cc.)	Vechimea sân-geului (in zile)	Acțiunea eritropoetică				Alte efecte terapeutice	Accidentele transfuziei	
							N-rul cazurilor cercetate	Hematii (in milioane) cifre medii		Hemoglobina în % cifre medii			
								înainte	după 3-12 zile	înainte			după 3-12 zile
A) Hemo-ragii	a) grave cu șoc	α) plăgi (gloanțe, schije)	3	3	250—300	9-12	—	—	—	—	—	α) 1 salvator, 1 fără efect β) bun γ) salvator	1 frison
		β) amputații accidentate	2	2	250—350	20	—	—	—	—	—		
		γ) ulcer duodenal	1	1	300	7	—	—	—	—	—		
	masive repetate fără șoc	α) gastro-duodenale	6	15	100—250	1-12	4	2,1	3.01	39	55	α) 5 efect hemostatic net; 1 caz fără efect β) 3 efect. hém. prompt; 1 efect hem. după 2 transf. γ) bun δ) 2 efect net;	1 urticarie
		β) vezicale	4	5	120—300	11-19	1	0,8	4.2	24	70		
γ) uterine		4	8	100—300	3-20	—	—	—	—	—			
δ) post-operatorii		3	3	120—300	14-25	—	—	—	—	—			
B) Anemii cronice și secundare	hemoragii mici repetate	α) gastro-intestinale	7	11	160—210	1-15	4	2.62	3.14	50	63	α) efect hemostatic	1 urticarie
		β) metroragii	4	6	120—200	2-9	1	2.5	3.5				
	infecții de focar, plăgi infectate și gangrenoase	γ)	5	8	100—230	1-10	5	2.02	3.01	47	66.3	γ) efect foarte bun asupra stării generale și procesului local	
			3	4	100—160	1-13	2	2.15	2.7	27.5	36		
			2		200—250	1-6	1	3.0	3.8	—	76		
	Rez. de stomac hipotiroidism		1		180—200	7-1	1	2.0	3.0	—	—		
		afecțiuni renale	α) baciloză cu hematurie	1	2	250—300	8-20	1	2.6	4.2	48	60	
	β) nefrită acută		2	3		1-8	2	2.05	3.2	51	67		
C) Anemii tumorale cancer			10	30	100—300	1-21	5	2.26	3.86	47.25	72.25	4 cazuri efect hemostatic prompt	1 frison
D) Infecții localizate cu stări septice Tratament pre- și post-operator		α) Flegmon	7	7	150—250	3-24						α) și β) 5 efect evident asupra evoluției stării septice. 4 efect trecător γ) 3 ameliorări nete δ) 1 efect salvator, 2 efecte evidente asupra stării post-operatorii ε) 1 fără efect, 2 efecte evidente asupra evoluției stării septice	1 frison
		β) Osteomielită	3	3	250	11							
		γ) Abces subfrenic peri-amigdalian etc.	3	3	150—250	1-17							
		δ) Pionefroză	4	7	150—250	1-20							
		ε) Tromboflebită, sinusul lateral și a jugularei	3	6	150—200	21-28							
E) Plăgi infectate cu septicemie		α) Piartroză	3	3	200—300	12-15						α) 2 cazuri cu efect și 1 fără efect asupra stării septice β) fără efect (perforația sigmei) γ) efect bun	
		β) Fractura bazinului	1	1	150—250								
		γ) Fractură deschisă a oaselor	2	2	120—300								
		δ) Febră puerperală	1	1	200								
F) Tratament pre- și post-operator		α) Rezecție intestinală	2	3	150—250	1-16						α) și β) efecte foarte bune asupra evoluției stării postoperatorii γ) și δ) efect bun asupra evoluției stării post-operatorii ε) 5 efecte bune in evoluția stării post-operatorii	
		β) Rez. gastro-duodenale	6	8	150—280	1-17							
		γ) Ileus acut	1	1	180—250	6-17							
		δ) Tbc. subocluzie intestinală	1	1									
		ε) Gangrenă după congelăție	6	8	150—220	4-8							

Un antidiareic politrop în loc de măsuri medicamentoase multiple



Proprietatea de absorbție și puterea de desinfecție a combinațiilor de cărbune, tanin sau medicamentelor similare, administrate per os sau rectal, se epuizează prea curând, „Aplona”, lipsită de inconvenientele mărului crud, întrunește însușirile unui medicament specific, cu acelea ale unui agent dietetic natural.

Ambalaj original: borcan de sticlă 100 g.

Aplona

dieteticul medicamentos

dă consistență scaunului — desintoxică — regularizează peristaltismul intestinal.

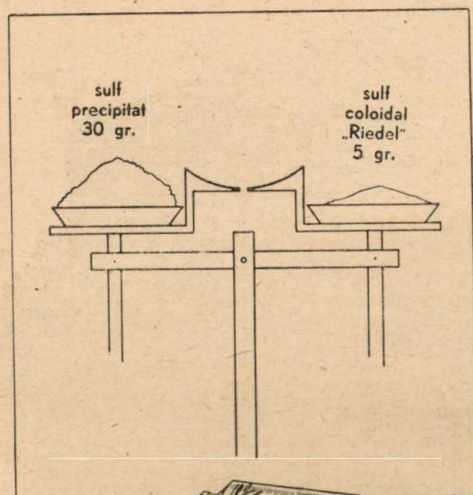


„Rhenania” Pharmazeut. Abteilung der Kali-Chemie Aktiengesellschaft

Depozitari pentru România: Pharmag S. A. Brașov, Strada Regina Maria, 18.

CATAMINI

conține SULF COLOIDAL



Grație concentrației mici se evită iritațiunile.

Acțiunea puternică este asigurată prin dispersiunea în particule mici.

Indicațiuni:

Scabie
Pitiriază
Eczeme
Prurigo
Intertrigo
Acnee



Forme de prezentare: Tuburi de 30 și 55 gr.

J. D. RIEDEL E. de HAËN, A.-G. BERLIN-BRITZ

Reprezentant pentru România: **RUDOLF FOREK**

București III, Str. G.-ral Eremia Grigorescu, 6

Sanatoriul St. Blasien

Altitudine 800 m.



Prospecțe ilustrate gratuite.

Condițiuni climatice favorabile.

Climat curativ special.

Stabilimentul particular cel mai înalt
situat din Germania pentru

bolnavi de plămâni

într-o poziție privilegiată în regiunea sudică a
pădurii Schwarzwald.

COSTUL TRATAMENTULUI:

în camere pt. două persoane dela RM 9

în camere pentru o persoană dela RM 11

Medic Șef: **Profesor Dr. A. Bacmeister**

Medic Conducător: **Dr. A. Emmeler**
Chirurg

SANATORIUL ST. BLASIEN

Südl. Bad. Hochschwarzwald
Bahnhof Seebrugg (Deutschland)

Scilloval

Glicosidul cardiac
maniabil cu mari po-
sibilități de dozare.

ASTA AKTIENGESELLSCHAFT · CHEM. FABRIK · BRACKWEDE



Literatură și eșantioane vă
stau cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R., Strada Sft. Ionică No. 8, București

α) Efectul de substituere al transfuziilor

Efectul de substituere al transfuziilor poate fi urmărit în hemoragiile grave în care organismul nu este în stare să compenseze pierderea masei sanghine prompt și prin mijloacele proprii și în stările de oligămie necompensate în general.

La omul sănătos compensarea hemoragiilor prin mijloace proprii este posibilă numai atunci când cantitatea sângelui pierdută nu întrece 20% din masa totală a sângelui.

Ea se face printr-o vaso-constricție inegală, declanșată de punerea în joc a centrilor nervoși vaso-motori și adrenalino-secretori, prin acțiunea directă a sângelui asfixic și a excitațiilor centripete provocate de scăderea presiunii sanghine și transmise pe calea nervilor sensitivi din zonele reflexogene.

Vaso-constricția post-hemoragică nu este uniformă. Ea interesează în deosebi regiunile vasculare tributare sistemului splanchnic (intestin, splină, ficat), și plexul venos subapilar, regiuni care prezintă adevărate depozite de sânge și adăpostesc cam 54% din masa totală a sângelui (Barcroft).

Vaso-constricția interesează și sistemul muscular, a cărui irigație după o hemoragie gravă scade atât de mult încât debitul circulator al mușchilor se reduce la $\frac{1}{15}$ parte din valoarea normală (Schwiegh).

Datorită vaso-constricției inegale sângele este expulzat din regiunile de o importanță secundară în întreținerea proceselor vitale și se îndreaptă spre sistemul cerebral, coronarian, renal și pulmonar, asigurând funcțiunea centrilor și organelor cu un rol imediat în întreținerea vieții și înlăturând prin aceasta pericolul imediat al hemoragiilor grave.

După cum se vede, compensarea imediată a hemoragiilor constă în restabilirea dinamicii circulatorii prin refacerea masei circulante pe socoteala sângelui stagnant. După înlăturarea pericolului imediat urmează restabilirea propriu-zisă a masei sanghine, prin refacerea proteinelor plasmatiche și a elementelor figurate, care se termină abia după câteva săptămâni.

Când cantitatea sângelui pierdută brusc se ridică la 30-50% din masa totală a sângelui, hemoragia rămâne necompensată.

Masa circulantă se micșorează într-o măsură atât de mare, încât se produce o scădere considerabilă a debitului circulator și în consecință o adevărată asfixiere a țesuturilor, care agravează și mai mult dinamica circulatorie deranjată prin hemoragie. Într-adevăr, produșii rezultați din metabolismul tisular anaerob acționează direct asupra capilarelor, a căror sensibilitate la influența acestor cataboliți este mai mare decât la cea a impulsului nervos vasoconstrictor sau a adrenalinei, provocând o capilaro-dilatație excesivă și creșterea enormă a permeabilității capilare și trecerea albuminelor plasmatiche spre țesuturi.

Astfel se produce o nouă scădere a sângelui circulant, care printr'un mecanism de cerc vicios se accentuează din ce în ce mai mult și nemai putând întreține irigația suficientă a centrilor nervoși superiori, provoacă un deranj profund în activitatea centrilor vaso- și cardio-regulatori, ducând în cele din urmă la o stare de colaps circulator.

Instalarea colapsului este favorizată și de traumatismul care însoțește deseori hemoragiile, contribuind prin inhibiția reflexă a centrilor vaso-constrictori și prin acumularea plasmelor sanghine în regiunea traumatizată,

la scăderea masei sanghine circulante. După cum se vede, oligămia este factorul cel mai important în producerea colapsului circulator. De fapt, colapsul vascular are loc în maladii diferite din punct de vedere al etologiei, la care oligămia reprezintă singurul factor comun, cum sunt arsurile și congelările, maladiile infecțioase, stările de excoză gravă și mai ales traumatismele grave (Schwiegh).

Colapsul sau șocul post-traumatic poate fi primar sau secundar.

Primul se datorește fenomenelor de inhibiție reflexă a circulației; survine imediat după traumatisme și evoluează foarte repede, uneori spre desnodământ fatal. Celălalt se instalează la 2-10 ore după traumatism, reprezintă forma cea mai frecventă și mai bine cunoscută a șocului traumatic (90%) și se traduce cliniceste prin simptome asemănătoare cu cea a colapsului vascular.

Cercetările experimentale și observațiile anatomo-clinice făcute de Cannon, Moon, Crile, au arătat că șocul traumatic este însoțit în mod regulat de oligămia datorită acumulării plasmei sanghine în regiunea traumatizată (Keith, Blalock citat de Schwiegh), care determină scăderea debitului circulator și starea de colaps consecutivă.

Cercetările făcute pe animale au arătat că izolarea membrului traumatizat pe timp de 3-5 ore cu banda elastică aplicată la baza membrului în așa fel ca să întrerupă circulația arterială, împiedică survenirea fenomenelor de șoc, care apar însă regulat la 3-24 ore după ridicarea bandei izolatoare. Transudarea plasmei prin capilarele din regiunea traumatizată este atât de accentuată încât la animale, într'un singur membru inferior se adună după traumatism o cantitate de plasmă egală cu $\frac{1}{3}$ sau chiar $\frac{1}{2}$ din masa sanghină totală.

Este probabil că la producerea șocului traumatic contribuie și substanțele toxice rezultate din desagregarea țesuturilor lezate (histamină, polipeptide, etc).

În ce privește stările de șoc survenite după arsuri și congelări, ele se produc printr'un mecanism asemănător celui care stă la baza șocului traumatic, adică prin oligămia datorită trecerii plasmei sanghine prin sistemul capilar alterat din regiunile atinse.

Tratamentul colapsului vascular și al stărilor de șoc urmărește restabilirea echilibrului hemo-circulator prin refacerea raportului între masa sângelui circulant și capacitatea aparatului cardio-vascular. Restabilirea raportului între masa sanghină și aparatul cardio-vascular se poate face micșorând capacitatea acestui aparat cu ajutorul medicamentelor vaso-constrictoare cu acțiune centrală (camfor, cardiazol, inhalații de CO_2 , strichnină) și periferice (adrenalină, veritol) sau mărinind masa circulatorie prin transfuzii sau injecții de ser izotonic. Dintre toate mijloacele întrebunțate în tratamentul colapsului post-hemoragic și al stărilor de șoc transfuzia constituie un mijloc suveran.

Grefonul sanghin mărește masa circulantă și capacitatea de oxigenare a sângelui, restabilind astfel într-o măsură oarecare chiar dela început dinamica circulatorie și respirația tisulară.

Intradevăr, prin creșterea bruscă a masei circulante și prin mărirea afluxului venos activitatea cordului devine mai eficace și debitul circulator crește (reflexul presor al lui Bainbridge), iar prin sporirea hematiilor funcțiunea respiratorie a sângelui se intensifică.

Astfel circulația se animează, iar aprovizionarea țesuturilor cu oxigen devine tot mai largă. Sub acțiunea binefăcătoare a sângelui oxigenat scade gradul de asfixie a țesuturilor, și se îndepărtează produșii rezultați din metabolismul tisular anaerob. Scăpând de acțiunea nocivă a acestor produși capilarele devin mai puțin permeabile, iar vasele periferice își câștigă din nou proprietatea de a reacționa la impulsul nervos central.

Între, timp irigația creierului devenind tot mai abundentă, reintră în joc și centrul vaso-motori superiori, determinând mobilizarea sângelui stagnant prin golirea depozitelor și creșterea masei circulante.

Efectul binefăcător al transfuziei constă deci în întreruperea cercului vicios care nu îngăduie compensarea spontană a dezechilibrului circulator survenit în urma hemoragiei sau a șocului și în restabilirea secundară a echilibrului circulator. Așa se explică cum printr'un aport relativ mic de sânge (250 cc.) transfuzia este în stare să înlăture pericoulul imediat al unei hemoragii grave de 2 litri.

De fapt observațiile făcute în timpul războiului civil din Spania au arătat că în tratamentul hemoragiilor grave (2-2,5 l.) este inutil să transfuzăm cantități prea mari de sânge și că transfuziile cu 250—300 cc. înlătură cu același eficacitate pericoulul imediat al hemoragiilor mari ca și cele cu până la un litru de sânge. (Duran-Jorda).

Eficacitatea transfuziilor în tratamentul colapsului post-hemoragic și al șocului este atât de mare, încât ele nu pot fi înlocuite cu alte mijloace terapeutice.

Astfel, medicamentele cu acțiune vaso-constrictoare centrală care se întrebuințează în tratamentul stărilor de colaps și de șoc, de multe ori nu dau efectul dorit, mai ales când aceste medicamente se întrebuințează în scop curativ și nu preventiv, ceea ce se explică prin faptul că în stare de colaps și de șoc vasele periferice, din cauza asfixiei țesuturilor, sunt insensibile la impulsul nervos vaso-constrictor. Deasemenea și medicamentele vaso-constrictoare cu acțiune periferică cum sunt: adrenalina, veritolul, sympatolul, n'au dat rezultatele așteptate.

În ce privește efectul serului fiziologic și al soluțiilor izotone în general (normosal, tutofusin, etc.) acesta este de scurtă durată și incomplet.

Administruat intravenos în cantități masive (200—1000 cm³) serul completează pentru un timp oarecare masa circulantă și ridică presiunea sanghină, refăcând întrucâtva dinamica circulatorie.

Efectul lichidelor saline este trecător (2-3 ore). Prin diluarea sângelui ele accentuează și mai mult scăderea presiunii coloid-osmotice provocate de transudarea plasmelor, și neputându-se menține în interiorul vaselor

părăsesc aparatul cardio-vascular și se acumulează în sistemul lacunar, provocând acidifierea țesuturilor.

Un alt neajuns al serului izotonic constă în faptul că acesta diluează masa circulantă și scade capacitatea respiratorie a sângelui.

În concluzie, se poate spune că acțiunea de substituție a serului fiziologic în tratamentul hemoragiilor este incomparabil mai mică decât cea a sângelui transfuzat. De fapt, cercetările experimentale ale lui Schörcher au arătat că serul fiziologic poate să înlocuiască 60%, iar sângele transfuzat 98% din masa totală a sângelui.

Superioritatea transfuziilor în tratamentul stărilor post-hemoragice se datorește și faptului că acestea micsorează deficitul de oxigen și atenuează asfixia țesuturilor, contribuind prin aceasta la desintoxicarea organismului, la descărcarea măduvei oaselor și la normalizarea eritropoezel.

Acest efect binefăcător al transfuziilor nu numai asupra dinamicii circulatorii, dar și asupra eritropoezel, lipsește în cazul serului fiziologic, ceea ce explică de ce persoanele care au suferit de hemoragii grave de care au fost tratate prin injecții repetate de ser fiziologic, scăpate de pericoulul imediat al hemoragiei, prezintă ulterior anemii grave cu insuficiență profundă a eritropoezel.

Din expunerea de până acum reiese că transfuzia de sânge reprezintă un mijloc terapeutic suveran în tratamentul oligămiilor și a colapsului post-hemoragic. În schimb, celelalte oligămi, în care pierderea elementelor figurate nu are loc, pot fi tratate și prin alte mijloace. Astfel oligămia din stările de excoză caracterizate prin îngroșarea sângelui poate fi înlăturată cu ajutorul soluțiilor saline, iar cea din stările de șoc, survenită în urma traumatismelor, prin transfuzia cu ser sanghin (Schwiegek).

1. Efectul sângelui conservat în tratamentul stărilor de șoc hemoragic și post-traumatic (Observații proprii).

Observațiile din ultimii ani au arătat că și sângele conservat poate fi întrebuințat cu succes în tratamentul colapsului post-hemoragic și a stărilor de șoc în general.

De fapt, hematiile și proteinele sanghine care condiționează în cea mai mare parte valoarea substitutivă a sângelui proaspăt suferă modificări neînsemnate în timpul conservării, persistând un timp oarecare și în organismul primitorului.

Astfel hematiile conservate timp de 20 de zile persistă în organismul primitorului până la una lună, iar cele a căror vechime nu este mai mare de 10 zile se menține în curentul circulator al gazdei timp de 60 de zile. (Schilling, Levine citat de Schürch, Willenegger-Knoll).

De altfel și cercetările experimentale făcute de Schörcher prin sângerea animalelor și în înlocuirea sângelui pierdut prin transfuzii cu sânge proaspăt și conservat au arătat că sângele conservat cu o vechime de 1—6 zile are aceeași valoare substitutivă ca și cel proaspăt, înlocuind 98% din sângele animalului primitor.

Rezultatele acestor cercetări concordă cu numeroasele observații clinice făcute de *Vlados, Doep, Duran-Jorda, Saxton, Corelli, Tzanck, Jeanneney*, care au arătat că valoarea terapeutică a sângelui conservat în tratamentul hemoragiilor grave și a stărilor de șoc post-traumatic și operator este egală cu cea a sângelui proaspăt.

La Centrul de Transfuzie din Sibiu sângele conservat a fost încercat pe 23 de cazuri de hemoragii masive (post-traumatice și operatorii, gastro-duodenale, uterine etc.) între care 6 cu șoc. Din rezultatele obținute (v. tabloul Nr. 4) reiese că în stările de șoc post-hemoragice sângele conservat exercită intradevăr un efect salvator.

Astfel în 4 din cazurile transfuziei a înlăturat prompt toate simptomele stării de șoc (revenirea conștiinței, refacerea dinamicii circulației cu restabilirea pulsului, recolorarea mucoaselor și tegumentelor, atenuarea dispenneei etc.), iar într'un caz a rămas fără efect.

Dăm mai jos două cazuri caracteristice dintre care unul tratat fără efect.

Obs. I.: Soldat N. L. 49 ani. Dg.: Ulcer duodenal cu melenă masivă. Bolnavul, ridicat de Salvare din closetul gării, este adus în serviciul Spitalului Militar cu toate simptomele unei hemoragii grave (stare de inconștiență, puls filiform etc.) O singură transfuzie (250 cc., grupa O, conservat de 7 zile) înlătură toate simptomele șocului hemoragic. După transfuzie melenă nu se mai repetă, iar starea generală se ameliorează simțitor.

1) Obs. II.: Soldat A. B. 28 ani. Dg.: Plagă prin schije a coapsei cu lezarea arterei femurale și hemoragie acută. Hemoragia se repetă în tot timpul transportului. La sosirea trenului rănitul este în stare de șoc hemoragic grav (stare de inconștiență, puls imperceptibil). Transfuzia (250 cm³, grupa O, conservat de 12 zile) în acest caz n'a dat rezultatul dorit și bolnavul a sucombat chiar în timpul transfuziei.

Din observațiile acestea în legătură cu acțiunea sângelui conservat în stările de șoc hemoragic și post-traumatic reiese că eficacitatea acestor metode și reușita transfuziei depinde de starea bolnavului și de vechimea sângelui.

Se pare că efectul terapeutic al transfuziilor nu se manifestă în stările prelungite și neglijate, cum este și cazul observat de noi, în care din cauza asfixiei prelungite a țesuturilor se produc alterațiuni profunde la nivelul țesuturilor (edeme tisulare, hemoragii în special ale capsulei suprarenale).

Reușita transfuziilor în stările de șoc depinde și de vechimea și calitatea sângelui întrebunțat. Astfel din cele 6 transfuzii făcute în stările de șoc cu sângele conservat de centrul din Sibiu, în 5 cazuri, în care vechimea sângelui a variat între 3-7 zile, nu s'a produs niciun accident de transfuzie, pe când în ultimul caz, în care vechimea sângelui a fost de 3 săptămâni, bolnavul a reacționat la transfuzie printr'un frison puternic și hipertermie.

¹⁾ Cazurile observate de Dr. C. Gheorghiu dela Spitalul Militar din Sibiu.

Obs. III.: ¹⁾ Sold. M. V. Dg. Stare de șoc provocată de amputarea accidentală a gambei. La transfuzia cu sânge conservat (350 cc. grupa O, conservat de 3 săptămâni, transportat la București și păstrat în condițiuni puțin prielnice) bolnavul reacționează printr'un frison puternic și febră de 39,5°.

Rezultatele clinice după observare de 5 zile s'au dovedit a fi foarte bune.

Neajunsurile sângelui vechi și hemolizat în tratamentul stărilor de șoc, au fost subliniate și de alți autori, (*Brunner, Belenky*), care au semnalat câteva cazuri de accidente grave provocate de acest sânge la șocați. Din observațiile făcute de numeroși autori, care sau ocupat cu problema conservării sângelui, reiese că reacția organismului la acest sânge depinde în mare măsură de starea organismului primitor. Astfel, dacă în general sângele conservat care a suferit un oarecare grad de hemoliză este bine tolerat, totuși sunt unele stări (șoc hemoragic și post-traumatic, arsuri grave, afecțiunile inflamatorii ale rinichilor, stări septice) în care sângele vechi și hemolizat declanșează reacțiuni de intoleranță puternică.

În cazul stărilor de șoc aceste reacții se explică prin faptul că la acțiunea produsilor toxici rezultați din asfixierea și desăgregarea țesuturilor (histamină, polipeptide) se adaugă și efectul vagodepresor al hemoglobinei libere care poate să accentueze toate simptomele șocului.

O altă problemă care se pune în legătură cu tratamentul stărilor de șoc prin transfuzii cu sânge conservat este aceea a gradului de diluție al acestui sânge. În stările de șoc hemoragic acțiunea salvatoare al transfuziilor cu sânge se datorește calităților fizico-chimice ale plasmelor (presiune coloidosmotică, vâscozitate, etc.) care contribuie la creșterea și menținerea masei circulante, și hematilor care măresc capacitatea respiratoare a sângelui, efecte care scad prin diluarea sângelui transfuzat.

Teoreticeste diluarea ar trebui să scadă valoarea substitutivă a sângelui.

Intradevăr, cercetările lui *Schörcher* au arătat că diluarea sângelui în proporție de $\frac{1}{1}$, reduce atât de mult valoarea lui substitutivă încât acest produs transfuzant animalelor exsanghinate înlocuiește numai 75% din masa sanghină pierdută, având o valoare mult mai mică decât cea a sângelui conservat integral (98%).

Tocmai din această cauză unii autori nu recomandă diluarea sângelui (*Perelmann*), iar alții îl recomandă numai în oligațiile de îngroșare a sângelui (arsuri, exsicoze grave etc.).

În concluzie, din rezultatele obținute de diferiți autori și din observațiile noastre, reiese că efectul terapeutic al sângelui conservat în tratamentul hemoragiilor grave și a stărilor de șoc se egalează cu cel al sângelui proaspăt cu condiția ca vechimea sângelui întrebunțat să nu fie mai mare de 10 zile.

¹⁾ Observarea făcută la Spitalul Militar R. E. din București de Med. Cpt. Dr. I. Turai.

2. Efectul sângelui conservat în hemoragiile masive fără șoc. (Observații proprii).

Din observațiile făcute pe 17 cazuri de hemoragii masive fără șoc (gastro-duodenale, uterine, vezicale, post-operatorii) tratate prin transfuzii cu sânge conservat, reiese că aceasta exercită în toate cazurile un efect, net conștând într-o acțiune de substituție care se traduce prin atenuarea simptomelor clinice ale hemoragiei acute și prin acțiunea de stimulare care se manifestă printr'un efect hemostatic evident, uneori surprinzător și stimularea vădită a eritropoezei (v. tab. IV). Ultimele două efecte ale sângelui conservat vor fi discutate pe larg în altă parte a lucrării.

În cele 31 de transfuzii executate în cazurile de hemoragii masive nu s'a produs decât un singur accident, de altfel foarte ușor, conștând din erupții urticariene de scurtă durată și limitată ca întindere.

β) Efectul de stimulare al sângelui conservat.

Efectele terapeutice multiple ale transfuziilor sunt considerate ca rezultatul reacțiilor declanșate de grefonul sanghin în organismul primitorului, reacții care se traduc prin hemostază, acțiune hematopoetică și stimularea mijloacelor de apărare.

1. Efectul hemostatic al sângelui conservat.

Deși acțiunea hemostatică a transfuziilor este unanim recunoscută, totuși mecanismul ei este nelămurit.

Hemostaza, ca reacție de apărare a organismului împotriva pierderilor de sânge, se face printr-o constricție reflexă a vaselor din regiunea lezată și prin astuparea acestor vase cu chiaguri, fiind condiționată de coagulabilitatea sângelui și de capacitatea de reacție a vaselor.

Intradevăr, capacitatea organismului de a opri hemoragiile după cum se știe este scăzută în stările caracterizate prin alterarea vaselor (purpura vasculară, senile, infecțioase sau cele provenite în avitaminoza C), sau prin turburări de coagulabilitate, (hemofilie, purpura trombopenică etc).

În ce privește efectul hemostatic al transfuziilor, acesta a fost explicat prin stimularea coagulării datorită aportului de trombocite și prin efectul vaso-constrictor al transfuziilor (Enomoto).

Dela început însă trebuie să remarcăm că supraviețuirea trombocitelor streine în organismul primitorului n'a fost demonstrată și este puțin probabilă din cauza labilității lor excesive.

De altfel și rolul coagulant al trombocitelor se datorește labilității speciale a acestor elemente, iar acțiunea lor coagulantă și hemostatică începe în momentul când se face aglutinarea și desagregarea lor. Se știe că rolul coagulant și hemostatic al trombocitelor se datorește trombochimazel și unei substanțe cu acțiune vasoconstrictoare care se eliberează prin aglutinarea și distrugerea trombocitelor. Prima favorizează coagularea, iar

cealaltă determină o vaso-constricție din regiunea lezată, contribuind astfel la oprirea hemoragiilor.

Autorii americani atribue efectul hemostatic al transfuziilor protrombinei, a cărei concentrație după transfuzie crește în sângele primitorului datorită aportului de protrombină și producției exagerate a acestei substanțe în organismul gazdei sub acțiunea grefonului sanghin. (Quicq).

Sângele conservat având un conținut mai scăzut în protrombină și proprietatea mai puțin exprimată de a mări producția de protrombină în organismul gazdei decât cel proaspăt, acțiunea hemostatică a acestui sânge ar trebui să fie, după Quicq, inferioară celeia exercitată de sângele proaspăt.

Cel mai mulți autori explică efectul hemostatic al trombocitelor prin distrugerea rapidă a plăcuțelor transfuzate și în general prin acțiunea de stimulare pe care produșii rezultați din desagregarea elementelor figurate o exercită asupra coagulării (Tzanck, Funakoshi-Kinjiro).

Dacă acceptăm explicația din urmă, care pare să fie cea mai plauzibilă ar trebui să admitem că sângele conservat, având elementele figurate mai fragile și fiind încărcat și cu produșii rezultați din desagregarea acestor elemente, va avea o acțiune hemostatică superioară celei pe care o are sângele proaspăt.

Părerile autorilor în privința efectului hemostatic al sângelui conservat sunt însă diferite. Astfel autorii elvețieni (Schürch-Willenegger-Knoll) au constatat că în unele cazuri efectul hemostatic al sângelui proaspăt întrece pe acel produs de sânge conservat, pe când unii autori francezi, ruși și americani (Tzanck, Belenkij) susțin, în baza rezultatelor obținute cu sângele conservat în tratamentul stărilor hemoragice (trombopenie, hemofilie) și a hemoragiilor interne (intestinale, gastro-duodenale, uterine, pulmonare etc.) că efectul hemostatic al sângelui conservat este nu numai superior celui observat în cazul sângelui proaspăt, ci chiar se accentuează cu vechimea sângelui (Belenkij).

Observații proprii. La Centrul de transfuzie din Sibiu efectul hemostatic al sângelui conservat a fost încercat în tratamentul a 34 cazuri de hemoragii, dintre care 7 cu hemoragii mici și repetate (gastro-duodenale), 17 cu hemoragii masive (gastro-duodenale, vezicale, uterine și post-operatorii), 1 caz de hemoragie cu șoc (ulcer duodenal cu melenă), 8 cazuri de febră tifoidă cu perforație intestinală, 1 caz de boala lui Werlhof, făcându-se în total 70 de transfuzii (v. tabl. IV).

Cantitatea sângelui administrat la fiecare transfuzie a variat între 100—300 cc., iar vechimea sângelui conservat a fost 1—25 zile.

Din observațiile noastre reiese că sângele conservat după tehnica noastră exercită în marea majoritate a cazurilor un efect hemostatic net, care apare de cele mai multe ori după o singură transfuzie, uneori însă după 2—3 transfuzii repetate.

În cazurile de ulcere gastro-duodenale, hematemeza și melenă se opresc de cele mai multe ori după o sin-

gură transfuzie (v. și cazul so' datului N. L. Obs. I), iar reacția Gregersen scade în intensitate în timp de câteva zile. În cazurile de hemoragii post-operatorii (prostatectomie, amigdalectomie etc.) efectul transfuziilor cu sânge conservat a fost surprinzător.

Dăm mai jos câteva observații care ilustrează eficacitatea sângelui conservat în hemostază.

Obs. III. — P. V. 64 ani. Grupa sanghină: nedeterminată. Dg.: Hipertrofie de prostată. După prostatectomie (timp II), bolnavul prezintă o hemoragie abundentă vesicală. Se face o singură transfuzie (16. VI. 1942, 150 cc. sânge din grupa O cu o vechime de 19 zile) după care hematuria dispare complet în timp de 24 ore, iar starea generală a bolnavului se ameliorează simțitor.

Obs. IV. — M. O. b. 64 ani. Grupa sanghină: nedeterminată. Dg.: Hipertrofie de prostată. După prostatectomie (timp II), bolnavul prezintă hematurie abundentă. Și în acest caz o singură transfuzie (15. VI. 1942, 150 cc., sânge din grupa O, conservat de 11 zile) oprește hemoragia.

Obs. V. — V. N. b. 58 ani. Grupa sanghină: nedeterminată. Dg.: Neoplasm vezical inoperabil. Hematurie abundentă care nu cedează la hemostaticile obișnuite. Se face o singură transfuzie cu sânge conservat după care hemoragia dispare (2. X. 1942, 160 cc. sânge din grupa O, conservat de 3 zile).²⁾

Obs. VI. — C. I. b. 45 ani. Grupa sanghină: nedeterminată. Dg.: Cancerizarea bontului operat al coapsei. După reamputare prezintă o hemoragie abundentă a plăgii, care nu reacționează la hemostaticile uzuale și se oprește complet în câteva ore după o singură transfuzie (25. IV. 1942, 120 cc. sânge din grupa O, conservat de 18 zile).

Obs. VII. — C. b. 35 ani. Grupa sanghină: nedeterminată. Dg.: Hemoragie acută post-operatorie. După extirparea amigdalelor prezintă o hemoragie abundentă care timp de 10 ore rezistă la toate mijloacele hemostatice și cedează în câteva minute numai după o singură transfuzie (120 cc. sânge din grupa O, conservat de 25 zile).¹⁾

Din numeroasele observații făcute de noi reese că în hemoragiile din ulcere gastro-duodenale cât și în cazurile de hemoragii post-operatorii sângele conservat are o acțiune hemostatică rapidă, care se manifestă regulat la câteva minute până la câteva ore după administrarea sângelui.

În cazul cu boala lui *Werlhof* la care în decurs de 7 săptămâni s'au făcut 13 transfuzii — 5 înainte și

8 după splenectomie — cu câte 100-250 cc. sânge conservat de 1-14 zile, efectul hemostatic a fost trecător.

În hemoragiile intestinale grave survenite în febră tifoidă efectul sângelui conservat a fost urmărit de aproape la Clinica boalelor contagioase din Sibiu.¹⁾ Din observațiile obținute reese că în aceste cazuri efectul sângelui conservat este asemănător cu acel al sângelui proaspăt.

În toate celelalte cazuri (ulcere gastro-duodenale, hemoragii vezicale și post-operatorii) în general acțiunea hemostatică a sângelui conservat, după părerea clinicienilor care au avut ocazie să urmărească această acțiune atât în cazul sângelui conservat după tehnica din Sibiu cât și cu acel al sângelui proaspăt, primul exercită o acțiune hemostatică mai pronunțată decât ultimul (*Goia*).²⁾

Din observațiile noastre reese de asemenea că păstrarea îndelungată a sângelui nu alterează acțiunea lui hemostatică.

Intradevăr, în majoritatea cazurilor studiate de noi efectele hemostatice cele mai rapide au fost obținute cu sângele a cărui vechime a fost de 12-25 zile.

În această privință rezultatul observațiilor clinice făcute de noi concordă cu acele obținute prin cercetări experimentale de către *Chwedsky* și *Funakoshi-Kinjiro*.

Intradevăr, din cercetările lui *Chwedsky* reese că sângele conservat de 15-22 zile scurtează timpul de coagulare și că efectul stimulant al acestui sânge apare la 1/2 oră după transfuzie și durează 24 de ore, iar din lucrările autorilor japonezi rezultă că efectul coagulant al transfuziilor cu sânge conservat, având o durată de 24 ore, este mai accentuat decât acel al sângelui proaspăt, care durează numai 10 ore.

Din cercetările noastre în legătură cu acțiunea hemostatică a sângelui conservat reese următoarele:

Sângele conservat exercită un efect hemostatic pronunțat și rapid, uneori mai accentuat decât cel obținut cu transfuziile cu sânge proaspăt.

Proprietatea sângelui conservat de a stimula hemostaza se păstrează până la termenul care reprezintă limita de utilizare a sângelui conservat (3-4 săptămâni).

(Continuare în numărul viitor).

¹⁾ Observațiile III, IV, V sunt făcute de D-l Prof. Dr. E. Țeposu și Dr. Togănel și comunicate la Soc. Științelor Medicale din Sibiu în ședința din 19 II. 1943.

²⁾ Observația făcută de D-l Dr. C. Gheorghiu și comunicată la Soc. Științelor Med., ședința din 19. II. 1943.

¹⁾ Rezultatele acestui studiu au fost prezentate la Soc. Științelor Medicale, de D-l Conf. I. Gavrilă, ședința din 19. II. 1943.

²⁾ Părere comunicată autorului acestor rânduri personal de către D-l Prof. Goia.

Hernie inghinală a ovarului

de

Dr. V. Moșoiu

medic secundar

Herniile ovarului fiind considerate ca anomalii de origine congenitală, este explicabil de ce aceste afecțiuni sunt mai des întâlnite de chirurși, în timpul intervențiilor pentru hernie și în primul an al vieții, decât de ginecologi în plină perioadă activă a vieții genitale.

Astfel, din cele 174 cazuri de hernii ovariene ale lui *Owen*, 115 au fost descoperite în primul an al vieții, iar 54 din cele 88 cazuri ale lui *Puech* tot în același perioadă.

Carmichael afirmă că la sugarul femelin în 60% din hernii s'au aflat anexe în sacul herniar și că 30% din acestea erau bilaterale.

Hernierea trompel singure este o raritate. De obicei trompa însoțește ovarul în sacul herniar. Astfel din cele 21 cazuri ale Prof. *Daniel* în 10 cazuri trompa era herniată alături de ovar. Uneori pe lângă anexe e herniat și un corn uterin sau epiploon. Rareori, constituind adevărate curiozități patologice, este herniat uterul în întregime. Excepțional se citează hernierea anexelor din partea opusă (*Pfanenstiel*).

În 36% din cazuri hernia ovarului coexistă cu alte anomalii. Unii autori atribue origine congenitală numai acestor hernii coexistente cu alte anomalii.

Din totalitatea herniilor la femei, 44% ar fi hernii inghinale.

Geneza herniilor ovariene nu e deplin clarificată. Li se atribue același mecanism de producere ca și descensul fiziologic al testicolului. Ar fi urmarea unei scurtări congenitale a ligamentului rotund, care ar apropia astfel anexele de diverticolul peritoneal ce însoțește ligamentul rotund în canalul lui Nück. Hernierea ar putea realiza următoarele două eventualități: sau ovalul este împins în canalul herniar deschis așa că pedicolul rămâne parțial intraabdominal, sau ovarul herniază în sac cu pedicol cu tot în cazul unui ligament rotund foarte scurt.

Din punct de vedere anatomo-patologic ovarele herniate sunt mărite de volum, au o albuginee foarte groasă, iar folliculii și ovulii nu ajung la maturitate completă din cauza perturbării în evoluție a testului esențial.

Ovarele herniate se pot complica de supurații, torsuni. Nu rare sunt chistele de retenție, hematomele sau alte formațiuni tumorale.

Hernia ovariană bilaterală evoluează frecvent cu sterilitate, însoțindu-se de un proces hipoplazic și în restul organelor genitale, deși s'au descris cazuri de sarcină evoluând cu hernie bilaterală a ovarului și excepțional sarcină tubară în sacul herniar (*Daniel*).

Simptomatologia diferă de cea a restului herniilor, prin durerile periodice produse de puseele congestive ciclice catameniale și prin modificările aduse staticele uterine.

Diagnosticul clinic de hernie ovariană nu e făcut niciodată decât după pubertate. Se diferențiază de un lipom preherniar, de un chist al canalului lui Nück sau de un fibrom al porțiunii inghinale a ligamentului rotund, prin durerile periodice provocate de ciclul menstrual la nivelul tumorii herniale și prin deviația antero-laterală imprimată uterului. Chistele ligamentului rotund sunt nedureroase. Fibromul ligamentului rotund este și el nedureros și se întâlnește la nulipare și de obicei în dreapta.

Tratamentul herniei de ovar este chirurgical și cât mai conservator. Numai în cazul unei alterații profunde a ovarului (supurație, necroză, tumoră) vom proceda la ablația lui.

Iată observația clinică a unui caz de hernie inghinală a ovarului diagnosticată și operată în serviciul Ginecologic al Spitalului Gh. Măzescu, Brașov.

Femeia S. P. în vârstă de 39 ani, căsătorită, vine la 17. IV. 1939 în spital pentru dureri ce însoțesc o tumoră în regiunea inghinală stângă.

Antecedente heredo-colaterale și personale patologice, fără importanță. Menstruată de la 15 ani, ritm normal, durată 3-4 zile, dismenoreic. Secundipară la termen. Nașteri spontane, cu feți vii. Leuzii normale. Neagă avorturi. Ultima menstruație înainte de internare cu câteva zile, foarte dureroasă.

Acum 16 ani după prima naștere care s'a efectuat spontan dar foarte laborios, pacienta observă apariția în regiunea inghinală stângă a unei tumori dureroase, dure, ireductibile, care atunci s'a însoțit de grețuri și vărsături. Fenomenele gastro-intestinale s'au amendat spontan, persistând doar tumora inghinală care a evoluat până la internare cu ușoară creștere în volum și cu aparițiunea periodică de dureri și turgescența tumorii cu fiecare ciclu menstrual.

În regiunea canalului inghinal din stânga, pacienta prezintă o tumoră ovoidă, de mărimea unei nuci mari verzi, dură, ireductibilă, mată, dureroasă spontan și la palpare. Tegumentele nemo-dificate.

La examenul genital: vulvă, vagin și col de multipară. Uteru mobil, ușor elevat este atras spre stânga și anterior spre peretele abdominal.

Date fiind caracterile fizice ale tumorii, ușoarele modificări în statica uterină și mai ales turgescența și durerile periodice de la nivelul tumorii, condiționate de epocile catameniale, intervenim cu diagnosticul de hernie inghinală a ovarului. Găsim în sacul herniar un ovar mărit de volum, conținând trei chiste hematice și o trompă atrofică. După liberarea aderențelor repunem anexa, rezecând sacul herniar și refăcând planurile anatomice.

După 10 zile femeia părăsește serviciul vindecată. La tușeul vaginal combinat cu palpeu abdominal, practicat la plecare, uterul

nu mai prezintă situațiunea dela intrare. Elevațiunea și inclinarea lui laterală sunt dispărute.

Ceea ce face interesul observațiunei clinice de mai sus, este momentul etiopatogenic care ar putea fi astfel explicat: în sacul herniar preformat, rămas gol la naștere și până la primul travallu, s'a angajat ovarul și trompa sub influența eforturilor de expulsi, realizând producerea unei hernii ovariene câștigate într'un sac congenital preformat. Aponevrozele și mușchii abdominali, de bună calitate, n'au permis apariția anxel în sacul preformat decât în urma ramolirei și imbibitiiei serloase câștigate în sarcină și a efortului expulsiv consecutiv unui travallu laborios.

RESUMÉ

Hernie inguinale de l'ovaire

On décrit un cas de hernie inguinale de l'ovaire chez une femme de 39 ans, occasionnée par un travail laborieux dans un sac herniaire congenital preformé.

ZUSAMMENFASSUNG

Leistenbruch des Ovarium

Es wird ein Fall eines Leistenbruches des Ovarium beschrieben, bei welchem das Ovarium infolge einer schweren Geburt in einen congenital preformierten Leistenbruchsack eindrang.

SPITALUL GH. MĂRZESCU, BRAȘOV
SERVICIUL DE GINECOLOGIE-OBSTETRICĂ
Medic primar: Dr. V. Negrilă.

Deslipire praematură de placentă normal inserată

(Apoplexie utero-placentară)

de

Dr. Maxim Păunescu

Asistent

Termenul de „deslipire praematură de placentă normal inserată”, mai înainte, era considerat „ca fiind cel clasic”, astăzi, însă, se tinde din ce în ce mai mult, ca să i se schimbe numele pentru acela de „apoplexie utero-placentară”, așa cum a propus *Couvelaire* și elevul său *Portes*.

Unii autori caută, ca să schimbe și această denumire considerând că, numele de „Hematom retro-placentar” ar fi cel mai potrivit, dar se pare, că termenul de „Apoplexie utero-placentară” este adoptat aproape în mod universal, din cauză că este și cel mai exact.

Această complicațiune a sarcinei, este foarte rară, după *Goodel*, fiind un caz la 24.498, iar după *Tissier* un caz la o mie nașteri.

Pinard în 21 ani de clinică a observat în total 51 de cazuri.

Portes în teza sa, a reunit 74 observațiuni de acest fel.

Această complicațiune gravă, în evoluția sarcinei, survine în special la multipare, care după *Portes* ar fi într'un procent de 72%. Această complicațiune severă, este obișnuită în ultimele trei luni ale sarcinei, deși foarte rar s'au observat cazuri și în luna a 5-a, dar se confundă cele mai adeseori cu avorturile.

În cazul studiat era vorba despre gravida M. B. în etate de 30 ani, multipară cu 4 nașteri anterioare normale. La intrarea în serviciul nostru prezenta o sarcină de luna 8-a.

În antecedente heredo-colaterale nimic deosebit. În antecedente personale de asemeni nimic important, copiii născuți fiind normali și în prezent în viață. N'a avut niciun avort.

Ultima menstruație a fost în Septembrie 1938 iar de atunci sarcina a evoluat o evoluție normală până la data de 27 Aprilie 1939, când bolnava a simțit dureri în regiunea lombară, care au devenit din ce în ce mai intense, în interval de 1—2 ore și crezând că este aproape de termen a chemat moașa din sat pentru a fi examinată. Până la venirea moașei bolnava, a simțit o durere mai violentă, în urma căreia a pierdut lichidul amniotic. După scurgerea lichidului timp de aproximativ 45 minute n'a avut decât dureri mai puțin intense, observând că pierde sânge din vagin într-o cantitate extraordinară de abundentă, încât a înspăimântat pe cei din jurul ei, determinându-i a o aduce urgent la clinică.

La intrarea în serviciul nostru, se constată că bolnava prezintă o stare foarte gravă de anemie acută, având tegumentele palide teroase, abdomenul fiind mărit de volum, în sens vertical și brădat de vergeturile sifidei, ale nașterilor anterioare.

La palpare, se găsește o duritate uterină aproape lemnoasă, fiind caracteristică contracturii uterine. Cu mare dificultate, am constatat că la nivelul strâmtorii superioare, se găsește capul fetal mobil, iar în fundul uterin se recunoaște șezutul fătului. La auscultațiunea prelungită, nu se percep bătăile cordului fetal.

Coapsele bolnavei erau pline de sânge, de asemenea organele genitale, iar din vagin pierdea sânge în mod continuu, în cantitate redusă.

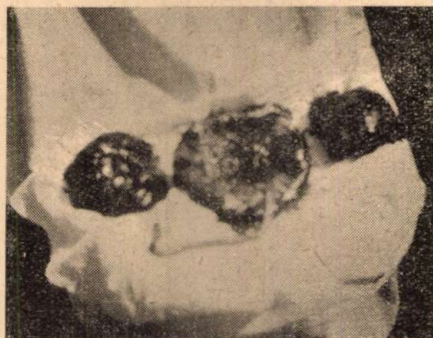
Fiind, în fața unui caz unde intervenția obstetricală, era necesară și urgentă deoarece bolnava era amenințată de o sincopă, am procedat imediat, la facerea examenului intern vaginal, constatănd colul uterin că este șters și permeabil pentru 2 degete, dar destul de gros și rigid. Prezența fătului era craniană. În timpul și după această examinare, bolnava a prezentat o hemoragie mai puternică, sângele fiind de o culoare închisă neagră și prezentând mici chiaguri de culoare hepatică. Nu se poate atinge la examenul intern vaginal placenta.

În timpul examinării bolnava se plângea continuu de dureri violente situate în regiunea lombară. Femeia prezenta și semne de intoxicațiune gravidică, iar anamnestical luat cu multe

amănunte, a dat la iveală semnul important al intoxicațiunii; ce falalgia, și tulburările oculare, ce datau de mai multă vreme, bolnava examinată, având acuitatea vizuală mai redusă.

Tensiunea arterială V. L. luată arată Mx. 14 și Mn. 8, fiind destul de ridicată la o bolnavă, ce prezenta simptome de anemie gravă acută.

În fața acestui caz, având certitudinea morții intra-uterine a fătului, deși poate secțiunea caesariană ar fi fost mai indicată, însă neavând pregătirile necesare făcute, am preferat calea joasă, prin facere artificială. După punerea balonului *Champetier des Ribes* am obținut după aproximativ 4 ore o dilatare completă a colului și după expulzia balonului la aproximativ 10 minute s'a expulzat și fătul, care era de sex masculin, mort, având greutatea de 2600 grame, iar lungimea de 46 cm. cu semne caracteristice de prematuritate și cu diametrele craniene caracteristice vârstei.

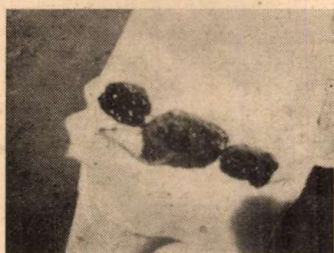


I. PLACENTA
1', 1" — chiaguri de sânge.

După nașterea fătului la aproximativ 15 minute, se expulzează în mod spontan placenta, iar uterul, care în mod normal, trebuia să se reducă de volum, se mărește, ajungând aproape de apendicele xifoid.

Această mărire a uterului, era foarte vizibilă și după ce a atins apendicele xifoid, am observat o puternică contracțiune uterină care face, să se expulzeze două mari chiaguri sanguine în greutate de aproximativ 600—700 gr. Imediat după expulzia acestor cheaguri, uterul s'a redus de volum ajungând la nivelul ombilicului și având un tonus normal. Chiagurile eliminate erau de-o consistență păstoasă de-o culoare roșie-brună și cu dimensiunile neregulate, dând aspectul că ar fi fost un chiag rupt în două bucăți, după cum se observă și în clișeu alăturat.

Placenta expulzată avea greutatea de 495 gr. iar mărimea 15/17 cm. Cordonul ombilical cu lungimea de 45 cm. având însă inserție marginală, membranele eliminate fiind intacte. Bolnava în urma acestei nașteri prezintă un șoc ușor ce se combate prin injecții cu cardio-tonice și prin ser glucozat 40%. După 5 până la 10 minute, bolnava își revine la normal și punându-o sub observațiune severă, prezintă o nouă stare de șoc după 3 ore, care se combate din nou cu cardio-tonice repetate tot din 3 în 3 ore și ser fiziologic subcutan în cantitate de 700 gr.



I. PLACENTA
1', 1" — chiaguri de sânge.

Leuzia acestei bolnave a fost în general aproape normală, prezentând, în primele zile o stare de subfebrilitate variabilă, între 37, ; 37,8, pulsul fiind între 90—96 pulsațiuni pe minut. Temperatura după 4—5 zile a scăzut la normal variind între 36,1°; 36,6°. Involuția uterină a fost mai lentă deși zilnic s'a administrat bolnavei un cmc. Postlobină. Timp de 13 zile, bolnava a rămas în pat, și după acest timp, involuția uterină a ajuns la nivelul simfizei. Starea generală a bolnavei a permis ridicarea din pat, Lehuza părăsind serviciul restabilită, având lochiile seroase normale, dar starea de anemie fiind menținută.

Fătul nou născut era mort, prezentând semnele morții recente produse înainte cu aproximativ 12—16 ore, iar chiagurile de sânge, având greutatea amintită, fiind eliminate după expulzia placentei, ne-au pus în evidență diagnosticul de apoplexie utero-placentară.

Bolnava nu recunoaște în antecedente a fi suferit vreun traumatism, deci cauzele care au produs această hemoragie retro-placentară nu au putut fi bine precizate. Faptul important și interesant a fost expulzia celor două chiaguri sanguine, în cantitate apreciabilă, fiind cauza, ce-au dat starea de anemie acută, în care bolnava a fost adusă în serviciul nostru, iar expulzia lor a agravat starea și mai mult starea generală a bolnavei.

În deslășirea prematură a placentei normale înserată, diagnosticul, acestel complicațiuni a gravidității, este greu de pus, fiindcă de cele mai multe ori, se confundă, cu placenta praevia. De obicei simptomele ei, debutează brusc. Bolnava prezintă câteva dureri vjolente în abdomen și regiunea lombară, care apoi devin continue, cu exacerbațiuni mai mult sau mai puțin intense. *Pinard* crede că felul acestor dureri este mai rar, deși cazurile publicate, până în prezent au prezentat dureri aproape la fel cu cele mai sus descrise. Unii autori, s'au bazat pentru punerea diagnosticului acestel complicațiuni pe măsurarea tensiunii arteriale, constatând că ar exista la aceste bolnave o *hipertensiune relativă*, dar tensiunea nu se comportă concordant cu starea de anemie acută a gravidei.

De altfel diagnosticul acestel complicațiuni ce confundă cu placenta praevia, cu atât mai ușor, cu cât sunt cazuri mixte de placenta praevia și de deslășire apoplectică, însă în asemenea cazuri, hemoragia este externă și foarte abundentă, iar diagnosticul se va pune mai mult în legătură cu aceasta.

Traumatismele au rol important în producerea acestor complicațiuni însă toxemia va fi totdeauna determinată fiind vorba de o adevărată apoplexie placentară de o parte și apoplexie uterină de cealaltă parte. Aceste leziuni s'au pus în evidență prin operația caesariană practică altă dată cu multă vervă, precum și prin examinările necropsice evidențiind numeroase pete echimotice pe suprafața subperitoneală uterină, având aspectul unor adevărate focare apoplectice.

Braut face tratamentul acestel complicațiuni prin simpla ruptură a membranelor, care ar aduce o ameliorare imediată, în starea generală a bolnavelor, însă lichidul amniotic este totdeauna hemoragic.

LEUKOTROPIN

**Antiflogistic
Analgetic
Antipiretic**

mai ales indicat în toate

sindromele reumatismale
artrite acute
inflamații ale mucoaselor

Forme de prezentare:

intravenos:

Cutii cu 2 fiole de 10 cmc.
Cutii cu 5 fiole de 10 cmc.

intramuscular:

Cutii cu 5 fiole de 10 cmc.

ATMOS-GESELLSCHAFT FRITZSCHING & CO.

(vorm. Silten-Gesellschaft)

MANNHEIM-WALDHOF

Reprezentant pentru România:

Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.



Calcifix

INTRAMUSCULAR · INTRAVENOS

GLUCONAT DE CALCIU.... 5 %
LEVULINAT DE CALCIU.... 5 %
CLORHYDR. DE CHOLINĂ 0,50 %

FIOLE a 5 și 10 cc.
Laboratoarele „GAMMA”

OVOCALCIUM

GYNOFOLIN + GLUCONAT DE CALCIU

Turburări de insuficiență ovariană, anovarii congenitale, sau câștigate, menopauză precoce sau fiziologică.

Cutii cu 6 fiole a 5 cmc. pentru inj. intramusculare. Una fiolă la 2 zile.
Flacoane cu 35 comprimate a 0,35 gr. pentru uzul intern, 3—4 pe zi.



Antiartritic

Antireumatic



Arterioscleroză
Hipertensiune
Astmă
Bronșită cronică
Reumatism

IODAMIN
«TITAN»

Fiole

Picături

Reprezentanța pentru România: „S. I. F.” s. a. r. București IV, Str. Avram Iancu 32

Această ameliorare se produce prin eliminarea compresiei uterine și contracțiilor sale. Acesta nu este decât trecătoare deoarece, decompresia mărește hemoragia retro-placentară, formând hematomul retro-placentar. Formarea acestui hematom, însă favorizează dilatarea canalului cervical, ce se face, cu mult mai repede, decât normal, mai ales la multipare.

După expulzia fătului, care în general se face rapid, dacă totuși nașterea întârzie, se face aplicare de forceps, numai după aplicarea balonului, fiindcă altfel, uterul se rupe foarte ușor.

S-au observat extraordinare îmbunătățiri a stării generale la femele, care au avut această complicație, prin grăbirea evacuării cavității uterine. Pe 22 cazuri care au fost tratate prin ruperea membranelor Brault a observat 17 gravide, care au născut spontan și rapid, fiind numai, o singură aplicare de forceps și o embriotomie.

De altfel această conduită în asemenea cazuri coincide cu aceea, pe care noi o facem în mod curent în tratamentul acestei complicații. Am evitat pe cât posibil operațiunea caesariană, fiindcă nu are niciun sens, să fie făcută pentru un făt care aproape totdeauna va fi mort intra-uterin și să expunem prin aceasta mama la o laparotomie, însă secțiunea caesariană, rămâne calea de urmat numai pentru cazurile extrem de grave, și nu o facem pentru interesul copilului, ci pentru salvarea vieții mamei.

Brouha Goselin au păreri contrarii, indicând în această complicație operația caesariană urgentă, cre-

zând, că este cel mai important fapt, pentru a evacua rapid, cavitatea uterină, și combat pe cel care sunt mai conservatori, prin posibilitatea infecției uterine, produsă prin ruperea membranelor. Rigiditatea colului afirmă ei, ar împiedica evacuarea cavității uterine și de aceea, ei practică operația caesariană vaginală, pe care o fac, cât mai rapid.

Procedeu de tratament prin simpla rupere a membranelor fetale, ar expune bolnava la repetarea hemoragiei și anemiarea ei într'un mod foarte grav. Operațiunea caesariană abdominală, pe care unii autori, o indică, ar avea avantajul, că se face foarte rapid și ar pune leziunile uterine, chiar sub ochiul operatorului.

Din toate aceste variate metode, de tratament, calea joasă prin simpla rupere a membranelor, a dat rezultate foarte bune, fiindcă într'un interval de timp destul de scurt, care variază între 10 și 20 zile, bolnavele se pot reface complet, așa cum s'a întâmplat și cu bolnava din cazul sus menționat, iar în același timp, se evită riscurile oricărei intervenții prin operațiunea caesariană, fie abdominală sau vaginală.

În concluzie, se admite azi de către majoritatea obstetricienilor, că simpla rupere a membranelor, adică *facerea artificială* este cea mai bună și cea mai simplă operațiune, care dă rezultate foarte bune, pentru starea mamei, iar celelalte operațiuni sunt indicate, numai în cazul, când viața mamei este pe cale de-a fi compromisă, prin întârzierea forțată a evacuării cavității uterine, ce se cere, în asemenea cazuri, a fi făcută cât mai rapid posibil.

Activitatea Instituțiilor sanitare

Raportul sanitar al județului Sibiu pe anul 1942

de

Dr. O. Oprean

medic primar județean

La descrierea situației sanitare din cursul anului 1942 trebuie să luăm în considerare schimbările de ordin economic și social la care am ajuns în al doilea an de război. Angajarea tuturor energilor în efortul comun și participarea la acțiunile militare intense au conturbat dezvoltarea normală a fenomenelor demografice iar greutatea de ordin economic, s'a repercutat asupra alimentației și îmbrăcămintel producând o scădere a condițiilor de confort, de igienă personală și colectivă. Este știut că deplasările de populație precum și celelalte măsuri forțate de împrejurări favorizează exaltarea focarelor endemice și răspândirea bolilor contagioase.

Acest concurs de împrejurări reclamă o sporire a activității sanitare în toate domeniile, dar necesitățile

de ordin militar prin chemarea medicilor la unități au redus personalul de acțiune așa că s'a ajuns la un dezechilibru în defavorul stării sanitare a populației. În cursul anului 1942 s'a putut compensa aceasta lipsă, în timpul lunilor de vară, prin utilizarea studenților în medicină din ultimii ani. Acțiunea bazându-se pe stimularea energilor tineretului medical, studenții au răspuns cu mult entuziasm și s'a obținut rezultate peste așteptări putându-se mulțumi și populația și organele de conducere.

În restul timpului cerințele tot mai mari de asistență medicală au fost împlinite printr'o activitate intensificată a celor rămași și pe lângă celelalte cerințe s'a pus o deosebită grijă pentru îngrijirea medicală a invalizilor, orfanilor și văduvelor din războiul actual.

Înmulțirea mijloacelor de acțiune prin construirea de noi instituții sanitare s'a continuat în acest an cu o intensitate sporită, depășind chiar realizările anului trecut, cu toate greutatea întâmplinate la procurarea materialelor și angajarea manoperei de lucrări tehnice.

S'a continuat acțiunea de ridicare a nivelului social și economic al populației rurale prin organizarea școlilor țărănești de gospodărie și igienă în colaborare cu organele administrative și culturale. S'a urmărit îmbunătățirea alimentației prin difuzarea cunoștințelor de preparare rațională a alimentelor și aplicarea cât mai extinsă a mijloacelor de igienă și curățenie în gospodărie.

Serviciile sanitare de pe teren au funcționat ca și în trecut prin 1 plasă sanitară model, 18 circumscripții sanitare rurale și 1 serviciu sanitar comunal. În raza de acțiune a serviciilor de mai sus au funcționat 22 dispensare, 3 maternități rurale, 10 farmacii publice, 13 băi populare, 8 băi școlare și 18 băi industriale. Separat se mai găsesc 2 instituții de ocrotire, 1 ospiciu de cronici mintali susținute de Ministerul Sănătății, apoi un sanator particular și 3 stațiuni balneare și climaterice. Pentru realizarea conformismului administrativ s'a făcut o nouă arondare a circumscripțiilor sanitare așa fel ca limitele circumscripțiilor să nu depășească limitele plăselor administrative. În general s'a putut întocmi arondarea nouă fără dificultăți, cu excepția câtorva comune care au devenit nefavorabil situate dacă se ia în considerare mijloacele de comunicație, distanța dela reședință și interesele populației.

Mișcarea populației.

Județul Sibiu are o suprafață de 3.507 Km. p. un număr de 89 comune rurale, cu 22.250 gospodării și o populație medie anuală de 152.398 locuitori estimată la 1 Iulie 1942.

Densitatea populației în raport cu suprafața este relativ scăzută deoarece în partea sud-vestică este regiunea munților Sibiului cu un teren întins fără grupări compacte de populație.

Structura populației pe naționalități arată aproape $\frac{3}{4}$ populație românească, $\frac{1}{4}$ populație germană iar celelalte naționalități rămân într-o proporție neglijabilă.

Români		Sași		Unguri și alții	
global	%	global	%	global	%
111.500	73,2	38.535	25,3	2.363	1,5

Natalitatea în cursul anului 1942 a fost 20,5‰ înregistrându-se 3.129 nașcuți vii. Această proporție este mai scăzută decât natalitatea din anul 1941 când a fost 23,5‰.

Județul Sibiu se găsește între județele țării cu o natalitate mijlocie alături de județele Brașov care a avut 24,3‰, Alba care a avut 22,4‰ și Târnava mare care

a avut 22,0‰; și se prezintă sub media natalității din Ardeal care a fost 23,4‰ și sub media României care a fost 27,9‰ pentru mediul rural în anul 1941.

Principalele fenomene demografice din județul Sibiu, mediul rural, în ultimii 5 ani, au evoluat după cum se vede în tabloul de mai jos:

Județul Sibiu — Mediul rural

Anul	Natalitatea	Mortalitatea	Excedent	Mortalit. infantilă	Căsătorii	Obs.
1938	26,1‰	17,8‰	8,3‰	15,6‰	17,5‰	
1939	26,2‰	16,5‰	9,7‰	14,6‰	14,4‰	
1940	23,2‰	17,8‰	5,4‰	15,6‰	10,4‰	
1941	23,5‰	17,0‰	6,5‰	13,7‰	12,5‰	
1942	20,5‰	17,1‰	3,4‰	14,9‰	9,7‰	

După cum se vede se menține tendința de scădere a natalității cu o ușoară accentuare în ultimii trei ani și o scădere evidentă pentru ultimul an. Fenomenul de scădere a natalității este general, se observă în județul Sibiu, se observă și pe țara întreagă, dar același scădere se produce la toate țările europene. Starea de război de sigur că influențează foarte puternic scăderea natalității prin mobilizarea populației adulte de sex bărbătesc.

În județul Sibiu avem unele regiuni cu natalitatea foarte scăzută cum este circumscripția Săliște cu o natalitate abia de 13,3‰ deci mai scăzută și decât natalitatea județelor din Banat, în schimb avem alte regiuni cu natalitatea mai urcată cum este circumscripția Alămor cu 27,2‰. Variațiunile se cuprind între aceste limite și sunt determinate de întreg complexul condițiilor economice, sociale și biologice.

După naționalități, natalitatea la român este ceva mai mare 21,3‰ iar la germani este ceva mai scăzută 18,9‰.

Județul Sibiu — Mediul rural

Naționalitatea	Nașcuți vii		Decese		Excedent nat		Mort. infant.	
	global	%	global	%	global	%	morți sub 1 an	%
Români	2.381	21,3	2.133	19,1	248	2,2	413	17,3
Unguri	11		32		21		1	
Sași	730	18,9	450	11,6	280	7,3	53	7,2
Alții	7		4		3			
Total și media	3.129	20,5	2.619	17,1	510	3,4	467	14,9

Mortalitatea generală se menține la nivelul anilor trecuți înregistrându-se 2.619 decese ceea ce reprezintă o proporție de 17,1‰. În cifra deceselor se cuprind și decesele din război înregistrate la Primărie pe baza actelor oficiale primite de același considerăm că este relativ scăzută. Se menține mai scăzută decât mortalitatea

Transilvaniei care a fost 17,4‰ și a României care a fost 19,2‰ în 1941.

Mortalitatea județului Siblu în publicația Institutului Central de Statistică este mai urcată decât datele noastre deoarece noi nu luăm în calcul decesele produse la Ospiciul de cronici mintali Râul Vadului care se înregistrează la Primăria Bolșa. Acest Ospiciu fiind locul de evacuare al bolnavilor incurabili dela Spitalele de boli mintale din țară, decesele numeroase ce se produc nu pot intra în economia biologică a județului iar datele adunate ar imprima un caracter artificial fenomenelor demografice.

Observată mortalitatea pe grupuri de vârstă, se evidențiază o ușoară urcare la grupele de vârstă între 21 și 30 ani.

După cauzele de deces se menține senilitatea cu 919 decese, debilitatea congenitală cu 276, pneumoniile cu 269, bolile inimii cu 224 decese după care urmează celelalte cauze.

După naționalități, mortalitatea la român este mai urcată 19,1‰ față de mortalitatea populației germane care este numai 11,6‰.

Excedentul natural a rămas foarte scăzut 3,4‰ reprezentând diferența dintre celelalte două fenomene demografice. Se observă și aici tendința de scădere a excedentului natural care a fost 6,5‰ în 1941 și se arată mai scăzut decât excedentul Transilvaniei care a fost 6,0‰ și al României care a fost 8,7‰ în 1941 în mediul rural.

Pe naționalități se evidențiază deosebirea foarte mare între populația românească care are un excedent de 2,2‰ și populația germană care realizează un excedent de 7,3‰.

Nupțialitatea. În cursul anului s'au încheiat 739 căsătorii ceea ce revine o proporție de 9,6 căsătorii la 1000 locuitori. Proporția este mai scăzută decât cea din anul trecut când a fost 12,5‰ și se găsește sub media Transilvaniei care a fost 13,8‰ și sub media pe țară care a fost 12,2‰ în 1941.

Mortalitatea infantilă. S'au produs în cursul anului 467 decese sub 1 an ceea ce raportat la numărul născuților vii dă o mortalitate infantilă de 14,9‰. Mortalitatea infantilă este mai urcată decât în anul trecut când a fost 13,7‰ însă se menține la nivelul mortalității infantile a Transilvaniei care a fost 14,7‰ și este sub mortalitatea infantilă a României care a fost 17,0‰ pentru mediul rural în 1941.

După naționalități la populația românească mortalitatea infantilă este urcată 17,3‰ pe când la populația germană este abia 7,2‰, proporție ce se găsește în majoritatea țărilor apusene.

Sezonul a influențat relativ puțin producerea deceselor la copii sugari, totuși o ușoară urcare s'a produs în lunile Septembrie și Octombrie față de celelalte.

Morti-natalitatea. S'au înregistrat 60 de născuți morți ceea ce revine o proporție de 1,9 la 100 de născuți vii. Proporția aceasta este aproape constantă în județul Siblu și nu întrece proporția pe țară.

Din analiza fenomenelor rezultă că situația demografică evoluează cu mult mai favorabil la populația germană de unde rezultă o deplasare continuă a proporțiilor în favorul elementului german și o stagnare în creșterea populației românești.

Bolile epidemice

Este bine cunoscut faptul că războaiele favorizează răspândirea bolilor epidemice de aceea ne-am așteptat să găsim o situație gravă în această privință. Anul 1942 s'a strecurat cu o situație favorabilă dar totuși s'a marcat începutul manifestărilor caracteristice.

Febră tifoidă. S'a declarat 187 cazuri noi, frecvență care nu s'a întâlnit în ultimii cinci ani și care este mai urcată decât cele 135 cazuri înregistrate în anul trecut. S'au produs în total 20 de decese ceea ce revine o fatalitate de 10,6‰. Epidemii întinse s'au produs în comunele: Avrig, Racovița, Orlat, Alțina și Marpod.

În comuna Tălmaciu unde se declarau epidemii întinse în fiecare an din cauza alimentației cu apă din râu la întreprinderea Feltrinell, după introducerea instalației de filtrare și de dezinfectarea apei din conductă prin clorinare nu s'au mai produs îmbolnăvirii.

În comuna Avrig s'a dezvoltat în a 2-a jumătate a lunii August o epidemie de febră tifoidă și a apărut la persoanele angajate ca muncitori în uzinele Mârșa, precum și în familiile unde erau găzduiți asemenea muncitori.

S'au produs în total 85 cazuri dintre care s'au izolat la spital 26 și la domiciliu 59. Dintre toate s'au produs 8 decese.

Pentru combaterea bolii s'au făcut numeroase anchete epidemiologice și s'au executat reacțiile de laborator.

S'au luat măsuri de dezinfecție la patul bolnavului cu lapte de var și alte dezinfectante din grupa derivatilor fenolici, s'au făcut dezinfecții ale fântânilor și latrinelor prin aplicarea varului nestins. S'au ținut conferințe publice arătându-se măsurile de profilaxie, igiena mânilor, a apei și alimentației apoi s'a făcut vaccinarea antitifo-paratifică la 3000 persoane. Epidemia s'a putut stinge complet în luna Decembrie.

În comuna Racovița s'au declarat 8 cazuri dintre care 2 au fost mortale. S'a declarat în același timp și în aceleași împrejurări ca și în comuna Avrig având cu certitudine aceeași sursă. S'au luat măsuri de combatere asemănătoare și cu aceeași intensitate până la stingerea epidemiei. S'au vaccinat aproximativ 500 de persoane.

În comuna Orlat s'a declarat o epidemie cu 23 cazuri fără niciun deces. La combaterea acestei epidemii am întreprins în permanență care funcționează în cadrul dispensarului din localitate, putând realiza o izolare și un tratament în condiții foarte bune. S'au confirmat toate cazurile prin analize de laborator, Widal, Hemocultură, și s'au urmărit excretorii de germeni prin coproculturi executate la Institutul de Igienă. S'au vaccinat cu T. A. B. 910 persoane și s'au aplicat celelalte măsuri de combatere sub conducerea medicului igienist al Plasel Sălște.

În comuna Alțina s'au declarat 5 cazuri fără niciun deces. După ancheta epidemiologică făcută s'a constatat că este vorba de o epidemie redusă de contact. Bolnavii s'au izolat la Spital și o parte la domiciliu, s'au luat măsuri de dezinsecție în jurul bolnavilor apoi s'a aplicat vaccinarea în masă cu vaccin antitifo-paratific. S'au executat aproximativ 800 vaccinări.

În comuna Marpod s'a produs o epidemie cu 9 cazuri dintre cari a decedat unul. S'au luat măsurile necesare pentru combatere și s'a făcut vaccinarea cu T. A. B. la aproximativ 600 persoane.

În comuna Turnșor s'au declarat cazuri sporadice în întreg anul fără să fi ajuns la producerea unei epidemii. Apariția cazurilor a fost favorizată de o permanentă circulație a populației și un contact zilnic cu orașul Siblu având caracterul unei comune suburbane, precum și cu numeroase unități militare cantonate aici. Văzând că măsurile luate pentru fiecare caz separat nu erau suficiente s'a procedat la vaccinarea parțială a populației în cartierele unde s'au declarat îmbolnăvirile. S'au vaccinat aproximativ 860 persoane și lucrările au rămas în continuare pentru anul viitor.

În celelalte comune din județ s'au produs numai cazuri sporadice la intervale mai mari decât timpul de incubare.

Scarlatina s'a manifestat cu 48 de cazuri noi fără niciun deces. Cazuri mai numeroase au apărut în comuna Orlat, la 24 copii majoritatea dela Așezământul de Ocrotire „Vatra Copiilor”. Au fost izolați și tratați în Infirmeria dispensarului iar pentru profilaxia boalei s'au făcut vaccinări cu anatoxina scarlatinoasă la toți copiii.

O altă epidemie s'a declarat în comuna Nocrich cu 13 cazuri, pentru cari s'au luat măsuri de tratament și combatere prin izolarea cazurilor și vaccinarea copiilor până la 14 ani.

O epidemie închisă s'a declarat la Orfelinatul C. F. R. Porcești cu 3 cazuri. Bolnavii au fost izolați în spital și în Infirmeria Orfelinatului situată într'un corp de clădire aparte. S'a făcut apoi vaccinarea cu anatoxina scarlatinoasă la toți copiii.

În cadrul măsurilor preventive pentru această boală s'a făcut în cursul anului vaccinarea antiscarlatinoasă la un număr de 3776 copii.

Difteria este endemică în județul Siblu iar dela 1936 de când se aplică regulat vaccinarea antidifterică se dezvoltă numai sub forma cazurilor sporadice.

În comuna Cristian s'a manifestat sub formă deosebită. La intervale scurte au apărut 3 cazuri suspecte de crup difteric care au fost tratate cu ser și s'au vindecat repede. După alte două săptămâni au apărut 5 cazuri cu difterie gravă la copii dela grădiniță. S'au recoltat probe din naso-faringe dela copiii de grădiniță inclusiv personalul, în total dela 215 persoane. Dintre ele s'au găsit 30 purtători de germeni care au fost supuși tratamentului medical în cursul cărui 6 copii au mai făcut difterie nasală ușoară. După aceste măsuri luate epidemia s'a stins complet.

Dizenteria s'a declarat în sezonul de toamnă cu 45 de cazuri, dintre cari s'a produs un singur deces. Cazuri mai numeroase s'au produs în comuna Apoldul de sus, înregistrându-se 8 cazuri. În celelalte localități au apărut mai puține și s'au luat măsurile obicnuite de tratament și combatere. Pentru tratamentul boalei s'a întreprins Eleudronul cu rezultate foarte bune.

Rugeola s'a răspândit cu 175 de cazuri. S'a dezvoltat sub forma epidemică în comunele: Racovița cu 41 cazuri, Jina cu 37 de cazuri, Porcești cu 20 cazuri și Fofeldea cu 10 cazuri.

În celelalte localități au apărut numai cazuri sporadice.

Tusa convulsivă a rămas în continuare din anul 1941 și s'au descoperit 141 cazuri noi.

Epidemia mai intensă s'au produs în comuna Avrig cu 33 cazuri, Săsașul cu 22 de cazuri și Tilșca cu 14 cazuri.

În restul comunelor s'au înregistrat cazuri mai puține.

Paralizia infantilă a produs 3 îmbolnăviri, toate izolate și tratate la spitalul de contagioși.

Celelalte boli epidemice s'au manifestat prin îmbolnăviri puține și sporadice fără să fi fost nevroze de acțiune deosebite.

Bolile sociale

Tuberculoza. Problema tuberculozel a făcut obiectul unei acțiuni intense în ultimii ani. S'a întreprins anchete cu aparatul de Roentgen portativ, iar în cursul acestui an s'a început acțiunea de descoperire cu aparatul de microradiografice Holfelder. Grupul etnic german a făcut examinări la populația germană iar organele sanitare locale au executat asemenea examinări numai la soldați urmând ca pe viitor să se dea acestei acțiuni o extindere mai mare.

În cursul anului s'au descoperit 142 cazuri noi cari adăugat la 364 cazuri vechi ne dă numărul de 506 bolnavi de tuberculoză. S'au tratat din ei 72 cazuri în

sanatori, s'au declarat vindecate 22 de cazuri, au plecat în alte localități 18 și s'au produs 86 decese.

Raportând cele 506 cazuri de tuberculoză la numărul locuitorilor, obținem proporția morbidității de 0,33%. Această morbiditate este mai scăzută decât morbiditatea arătată în diferite statistici, ceea ce înseamnă că nu este descoperită tuberculoza în totalitatea cazurilor.

Din totalul cazurilor au putut fi tratate în sanatori numai 72 de cazuri ceea ce arată insuficiența posibilităților de spitalizare și tratament.

Raportând decesele la numărul populației obținem mortalitatea tuberculozelor de 56,4 la 100.000 locuitori. În toate țările europene mortalitatea tuberculozelor este cu mult mai ridicată așa încât cifra noastră nu poate fi concludentă. Rezultă deci că numărul de decese prin tuberculoză trebuie să fie cu mult mai mare ca cel înregistrat.

Sifilisul este reprezentat prin 355 cazuri vechi și 83 cazuri noi deci un total de 438. Dintre acestea au fost tratate 35 în spitale iar restul în mod ambulator la circumscripțiile sanitare, dispensare și Ambulatorul poli-clinic. S'au administrat la circumscripții și dispensare 1430 injecții arsenicale, 224 injecții mercuriale și 1028 injecții cu bismuth și alte preparate.

Cancerul figurează cu 18 cazuri vechi, 40 cazuri noi, dintre cari au decedat 20, s'au vindecat 3 și au părăsit localitatea 2 cazuri.

În afară de tratamentul operator față de această boală nu putem activa decât prin năzuința de a-l descoperi într'un stadiu cât mai precoce.

Pelagra, deși nu este prea răspândită totuși există într'un număr redus de cazuri. Au rămas din anul trecut 14 la cari s'au mai adăugat 4 cazuri noi, dintre ele a decedat 1 caz și s'au vindecat 2.

Malaria încă se găsește în partea nord-vestică a județului unde este o regiune contaminată. S'au descoperit 61 cazuri noi cari s'au adăugat la cele 42 cazuri rămase nevindicate din anul trecut. Dintre toate s'au produs 5 decese. Numărul mare de decese denotă că numărul celor îmbolnăviți trebuie să fi fost mai mare sau decesele să fi fost cauzate și de alte complicațiuni determinate de această boală.

Gușa este răspândită în câteva comune din regiunea muntoasă (Sibiel, Vale, Tilișca, Gurarâulul, Tălmăcel, Căsnădoara). În total sunt înregistrate 1165 cazuri în cari se cuprind persoanele cu gușă manifestată, voluminoasă și în parte cu alterațiuni intelectuale. Problema gușei a fost cercetată amănunțit în anul trecut însă o deslegare a problemei nu a fost posibilă. Introducerea consumului de sare iodată, cu toate stăruințele depuse, nu s'a putut realiza din motive de ordin tehnic și greutatea de fabricație.

În ultimii ani frecvența gușei a mai scăzut dar în cursul anului 1942 s'a observat din nou o frecvență

mai mare de gușă incipientă, mai ales la copii școlari. Pentru remediere vom începe din nou tratamentul cu picături de iod la copii de școală din comunele unde această boală se manifestă.

Celelalte boli sociale sunt reprezentate printr'un număr redus de cazuri și nu reprezintă probleme pentru cari să fie nevoile de o acțiune deosebită.

Salubritatea publică

O îmbunătățire a salubrității publice nu se poate arăta în acest timp când greutatea economică și sociale determinate de starea de război sunt în creștere. Cele câteva realizări de fântâni, băi populare și alte lucrări sanitare au putut îndeplini necesitățile locale dar nu pot avea un efect general și nu pot marca o situație deosebită față de trecut.

În gospodăriile particulare au sporit greutatea prin înpuținarea brațelor de muncă și greutatea în procurarea materialelor de întreținere și curățenie iar activitatea în domeniul construirii locuințelor noi este în scădere evidentă și justificată.

Localurile publice, comerciale și industriale, s'au menținut în condițiuni satisfăcătoare de igienă și curățenie dar a crescut frecvența parazitismului între muncitori.

Salubritatea locuințelor încă s'a menținut la nivelul anului trecut dar s'a observat înrăutățirea igienei corporale cauzată de greutatea procurării hainelor de schimb și a materialelor de curățenie.

Aprovizionarea cu apă se face în condițiuni destul de bune. Nu s'a semnalat lipsa apei și nici epidemii răspândite pe cale hidrică. Sunt în județ 157 apaducte, 12.448 fântâni și 269 izvoare cari furnizează apă în cantitate suficientă pentru întreaga populație și nevoile gospodăriilor.

Starea closetelor capătă o importanță deosebită fiind dată condiția favorizantă a răspândirii bolilor epidemice. Majoritatea closetelor sunt cu groapă simplă s'au closete de suprafață cari nu oferă nici o protecție față de insecte, animale, păsări de curte, etc.

Îmbunătățirea salubrității publice prin curățenia gospodăriilor și întreținerea dependințelor s'a făcut prin săptămânile de curățenie organizate în cursul anului. S'a putut spori numărul băilor populare după cum se va vedea la un alt capitol și s'au luat măsuri pentru ca băile existente să fie prevăzute cu combustibilul necesar și să poată funcționa în condițiuni bune.

O situație favorabilă pentru igiena locuințelor o formează iluminatul electric care este introdus în 40 de comune deci aproximativ jumătatea populației beneficiază de acest avantaj.

Măturătorii publici sunt angajați în 22 comune iar în rest curățenia străzilor se face de locuitori fiecare în porțiunea casei lui în presara zilelor de Duminică și sărbători.

Igiena școlară.

Pe teritoriul județului Sibiu sunt 139 școli primare și 52 grădinițe de copii la care sunt înscriși 16.222 elevi. Educația se desfășoară în 367 săli de învățământ, ceea ce revine o frecvență medie de 44 copii într-o clasă.

Starea edificiilor școlare este variată. Unele sunt clădiri noi, confortabile și igienice iar altele clădiri vechi deteriorate și neîncăpătoare. Între aceste două limite un mare număr de școli întrunesc condiții intermediare totuși prevalează clădirile bune și igienice în proporție de 128 față de 63 necorespunzătoare (sunt școli cu 2 sau mai multe clădiri). În cursul anului s'a realizat foarte mult la construirea școlilor noi așa că mai multe localități urmează a fi terminate și puse în funcțiune (Aciliu, Boz, Doștat, Bogatul român, Spring, Avrig).

Aprovizionarea cu apă a elevilor este necorespunzătoare la majoritatea școlilor. La 58 școli este fântână proprie cu apă bună de băut, în 23 școli există cupă individuală, în 67 școli există vas pentru apă și cupă comună, iar 26 de școli nu se aprovizionează cu apă și copii își procură apa în recreațiile de la fântânile publice din apropiere sau de la vecini.

Pe lângă școlile primare funcționează 85 cantine școlare unde se alimentează 1890 elevi, primind o mâncare caldă la amiază și la unele se dă și lapte dimineața. Cantinele au funcționat tot anul școlar în condiții bune cu rezultat satisfăcător.

Igiena corporală a elevilor școlari s'a găsit în scădere față de anii trecuți. Se observă lipsa hainelor de schimb, curățenia mai slabă a albiturilor și spălarea elevilor cu paraziți. Pentru ameliorare s'au făcut controale dese de către medicii de circumscripție, surorile de ocrotire și agenții sanitari precum și din partea Corpului didactic. Medicii au făcut 845 inspecții școlare după care au revenit fiecare școală inspectată de 6 ori în cursul anului școlar.

Activitatea sanitară

Aproape tot decursul anului $\frac{1}{3}$ dintre medicii au fost plecați la unități militare. Indatoririle lor au fost preluate de studenții în medicină pe timpul lunilor de vară și repartizate celorlalți medici în restul timpului.

În cadrul acțiunii de asistență medicală a populației medicii de circumscripție au dat 21.979 consultații la dispensare și la cabinetul medicului, și 7823 consultații la domiciliul bolnavului.

S'au făcut 2799 inspecții sanitare în comunele rurale dintre care 216 au fost pentru combaterea bolilor epidemice. În cursul anului s'au agravat foarte mult greutatea întâmplătoare de medici la procurarea mijloacelor de transport, s'au găsit foarte greu trăsuri și căruțe de angajat iar cele care au putut fi găsite au fost plătite exagerat de scump și uneori la preț de speculă.

O grijă deosebită s'a purtat pentru asistența medicală a invalizilor, orfanilor și văduvelor din războiul actual. Au primit din partea medicilor asistență gratuită, medicamente, pansamente nu numai la consultațiile de la dispensar ci și la domiciliu când a fost necesar.

În cadrul activității Consiliului de Patronaj medicii au întocmit evidența invalizilor, orfanilor și văduvelor de război din fiecare comună iar invalizii au fost reexaminați în privința capacității de muncă și îndrumați spre profesii compatibile.

S'a dezvoltat acțiunea de propagandă sanitară atât din inițiativa proprie cât și în colaborare cu organele administrative și culturale în deosebi în cadrul Asociațiunii „Astra”. S'au ținut 143 conferințe cu subiecte diferite tratând problemele sanitare de actualitate.

În colaborare cu autoritățile administrative și intelectuale comunele s'au organizat de 4 ori săptămânal curățenii între 9—15 Februarie, 9—15 Martie, 29 Aprilie—4 Mai și 17—24 Decembrie 1942. Rezultatul este arătat în tabloul respectiv din care amintim că s'au făcut 27.186 vizite în gospodării, s'au curățat și reparat 329 fântâni, s'au construit 182 latrine noi.

Surorile de ocrotire sub îndrumarea Revizoarelor de ocrotire au depus o activitate rodnică prin vizite familiare atacând problemele de ordin sanitar și educativ sanitar cu principalul obiectiv de protecția mamei și a copilului, combaterea bolilor epidemice și prevenirea bolilor sociale.

Pentru femeile gravide s'a făcut educația igienică, s'au determinat a se supune examenului medical în cazurile indicate și s'au ajutat prin sfaturi a se pregăti pentru îngrijirea copiilor.

Pentru copii sugari s'a administrat vaccin B. C. G., s'a urmărit creșterea și dezvoltarea lor, au dat sfaturi și au demonstrat pe loc conduita de urmat la îngrijire. Cu ocazia vizitelor familiare au putut semnală cele mai multe boli sociale și epidemice pentru care au intervenit după cum era posibil și indicat.

În școlile primare s'au făcut lecții practice demonstrându-se diferite reguli de igienă individuală și colectivă. (Activitatea detaliată se vede în tabloul anual despre activitatea surorilor de ocrotire).

S'a activat cu deosebit succes la educația tinerețului și ridicarea nivelului economic prin organizarea școlilor țărănești de gospodărie și igienă în colaborare cu Asociațiunea „Astra” și organele administrative. S'au organizat 23 școli țărănești la care au participat 223 fete și femei tinere. În aceste școli s'a demonstrat practic modul de pregătire rațională a alimentelor din produse care se găsesc la sate, s'au dat noțiuni de igienă și curățenie în gospodărie, precum și de îngrijirea copiilor.

Agenții sanitari au oferit medicilor de circumscripție un prețios ajutor în problemele cele mai grele cum este

salubritatea publică și bolile contagioase. S'au întreprins mai ales la controlul măsurilor de dezinsecție impuse locuitorilor pentru boli contagioase, controlul izolării bolnavilor, dezinsecția materialului infecțios, al fântânilor și closetelor. Au mai activat la măsurile de curățenie, la îmbăierii și deparazitări.

Moșele de stat, comunale și particulare au asigurat asistența la nașteri în condiții multumitoare. Din totalul de 3129 nașteri numai 20 au rămas asistate de moșe emigrice.

Maternitățile rurale organizate în cadrul Caselor de Ocrotire din Sălște, Mercurea și Gârbova au urmărit să ofere femeilor gravide din mediul rural, lipsite de mijloace și confort, posibilitatea de a naște în condiții igienice bune. În cursul anului au fost asistate 36 nașteri la Maternitatea din Sălște, 12 la Mercurea și 20 la Gârbova. În anul viitor va mai funcționa și maternitatea din comuna Rășnari.

Acțiunile sanitare întreprinse și o parte din întreținerea Instituțiilor sanitare a fost suportată din Fondul Sanitar Județean.

Construcții sanitare.

Organele de conducere și populația județului Sibiu au prețuit întotdeauna Instituțiile cu caracter sanitar și le-au recunoscut utilitatea în interesul obștesc. Serviciul sanitar a sugerat instituțiile sanitare potrivite pentru fiecare localitate apoi a stimulat inițiativa locală care a început realizarea lor.

Toate instituțiile sanitare sau construite de către comune și din mijloace proprii iar Ministerul Sănătății

și Prefectura județului au contribuit cu subvenții în raport cu posibilitățile locale de realizare. S'au făcut construcții noi, apoi transformări, amenajări și reparații la localurile existente, și anume:

Lucrări noi terminate: 1. Dispensar medical în comuna Roșla. 2. Dispensar cu locuință de medic în comuna Doștat. 3. Dispensar și baie în comuna Vurpăr. 4. Dispensar și baie în comuna Porcești. 5. Baie populară în comuna Benești.

Lucrări noi în construcție: 1. Dispensar și baie în comuna Veștem. 2. Dispensar cu baie și maternitate în comuna Nocrich. 3. Dispensar cu baie în comuna Ludoș. 4. Dispensar cu baie în comuna Apoldul de jos. 5. Baie populară în comuna Mercurea. 6. Baie populară în comuna Alțina. 7. Baie populară în comuna Reciu.

Reparații și amenajeri: 1. Dispensarul din comuna Alămor. 2. Casa de ocrotire din Sălște. 3. Baia populară din comuna Mândra.

Pentru viitor se prevăd numeroase construcții de dispensare și băi populare, însă a căror realizare se va acomoda după posibilități. O acțiune deosebită va fi întreprinsă pentru perfecționarea instituțiilor sanitare existente și completarea lipsurilor în materiale și instalații.

Indreptând toate mijloacele de acțiune arătate, în folosul colectivității, credem că vom putea contribui zi de zi la îmbunătățirea stării sanitare și vom putea face față cu mai mult succes împrejurărilor pe care le vom întâlni.

Considerațiuni asupra funcționării Serviciului de boli contagioase din Spitalul Public Sibiu și asupra cazurilor de boli contagioase tratate în cursul anului 1942

de

Conf. Dr. I. Gavrilă și Drd. E. Boeriu

Funcționarea serviciului de boli contagioase din Spitalul Public Sibiu în cursul anului 1942 s'a făcut în condiții mai bune decât în anii precedenți, aceasta mai ales grație faptului că vechiul pavilion a fost complet renovat din temelie, s'a amenajat subsolul clădirii, unde s'a instalat un mic laborator, un mic birou, o mică bibliotecă, locuință pentru intern și pentru personalul auxiliar, care până acum era complet inexistentă. Grație acestor transformări s'a putut mări capacitatea de ospitalizare a serviciului la 40 de paturi.

Cu toate acestea cel mai mare neajuns în funcționarea în optime condiții a acestui serviciu îl con-

stitule capacitatea de ospitalizare extrem de redusă în raport cu cererile și obligațiile de internare.

Pentru a remedia această stare de lucruri se impune de urgență mărirea capacității de ospitalizare a secției, cu un minim de 10 încăperi pentru a putea face față necesităților imediate de izolare și tratament al acestor boli.

Este absolut necesar în serviciu o mică secție de observație, unde se primesc bolnavii suspecti de o boală și unde se țin până la stabilirea diagnosticului.

În cursul anului 1942 au fost internați în acest serviciu un număr total de 573 bolnavi, cu un număr total de 10.490 zile de tratament, în medie pe un bolnav revenind 18 zile de tratament.

Dintre aceștia, bolnavi cu boli infecto-contagioase au fost 530, celelalte cazuri au fost trimise în serviciul suspecte de anumite boli infectioase care după aceea nu s'au confirmat.

Dăm aici întâi un tablou al tuturor bolilor infecto-contagioase internate cu procentul de letalitate după fiecare boală:

BOALA	Nr. cazurilor	MORTI	
		Nr.	%
Febră-tifoidă	170	17	10
Dizenterie	71	2	2,8
Scarlatină	31	1	3,2
Difterie	37	5	13,5
Meningită cerebro-spln. epid. .	10	1	10
Tifos exantematic	3	0	0
Tetanus	5	1	20
Paralizie infantilă	11	0	0
Tuse convulsivă	3	0	0
Pneumonie	4	0	0
Malarie	4	0	0
Gripă	39	0	0
Rugeolă	12	0	0
Cărbune	10	2	20
Erlzpel	45	4	8,8
Parotidită epidemică	37	0	0
Rubeolă	3	0	0
Varicelă	2	0	0
Meningită T. B. C.	6	6	100
Intoxicație alimentară	15	1	6
Amlgdalite	11	0	0

Vom analiza pe scurt fiecare boală în parte:

Febră tifoidă. Din această boală am avut internate un număr de 170 cazuri, cu 17 morți, 10% letalitate, o cifră obișnuită la noi în țară, unde ea variază între 10—20% după genul epidemic al bolii și după regiuni.

Pe luni cazurile se repartizează astfel: Ianuarie 11, Februarie 2, Martie 5, Aprilie 7, Mai 9, Iunie 7, Iulie 2, August 21, Septembrie 27, Octombrie 27, Noiembrie 34, Decembrie 17. Se constată deci o mare predominare a cazurilor în timpul toamnei.

După localitate: 35 au fost din Municipiul Sibiu, restul din județul Sibiu (25 din Avrig, 15 din Cîlnădie, 12 din Doștat, și din alte comune), câteva din județele limitrofe (Făgăraș, Târnava, Vâlcea).

După sex: au fost 100 femei, 70 bărbați.

Vârsta bolnavilor a fost următoarea: între 1—5 ani 6 cazuri, între 6—10 ani 14 cazuri, între 11—15 ani 25 cazuri, între 16—20 ani 43 cazuri, între 21—30 ani 41 cazuri, între 31—40 ani 20 cazuri, între 41—50 ani 10 cazuri, între 51—60 ani 5 cazuri.

Vârsta cazurilor mortale a fost: 1 de 4 ani, 2 de 13 ani, 1 de 17 ani, 2 de 18 ani, 1 de 23 ani, 1 de 24 ani, 4 între 31—40 ani, 1 de 45 ani, 2 între 50—60 ani.

Deci cazurile letale se repartizează pe toate vârstele de 1—60 ani.

După gravitatea tabloului clinic 66 au fost forme ușoare de boală (38,8%), 62 forme de gravitate mijlocie (36,4%) și 42 forme grave (24,7%).

Complicațiile produse au fost următoarele: în cazurile ușoare de boală s'au înregistrat de două ori colecistite acute, 2 congestii pulmonare, 1 plodermie.

În cazurile de gravitate mijlocie au fost 6 recidive, 5 congestii pulmonare, 3 colecistite, 2 hemoragii intestinale, 1 flebită, 1 pleurezie.

În cazurile grave au fost: miocardite în toate cazurile, congestii pulmonare în 6 cazuri, hemoragii intestinale în 5 cazuri, perforație intestinală în 4 cazuri, hepatită cu icter în 3 cazuri, colecistită în 3 cazuri, flebită în 4 cazuri, otită în 4 cazuri, mastoidită în 2 cazuri, sindrom hemoragica în 4 cazuri, recidivă în 4 cazuri.

Tratamentul instituit a constat: În 45 cazuri injecții cu piridol, în 50 cazuri injecții intravenoase cu urotropină, în 60 cazuri sulfamide pe cale bucală și în formă de injecții, în 22 cazuri s'a aplicat criogenina. În colecistite injecții cu coleval, în hemoragii intestinale sango-stop, clauden și transfuzie de sânge conservat. În două perforații s'a intervenit chirurgical fără a putea salva bolnavii. În rest tratamentul igienico-dietetic și simptomatic obișnuit.

Dizenteria. Cazurile diagnosticate clinic de dizenterie au fost 71 cu 2 morți deci o letalitate de 2,8%.

După anotimpuri se repartizează astfel: în timpul verii 31 cazuri, toamna 30 cazuri, iarna 5 cazuri, primăvara 5 cazuri.

După localitate: 47 au fost din Municipiul Sibiu, celelalte din diferite comune din județul Sibiu, 6 cazuri din județele limitrofe.

După sex au fost 40 bărbați și 31 femei.

Vârsta cazurilor: între 2—5 ani 7 cazuri, între 6—10 ani 3 cazuri, între 11—20 ani 22 cazuri, între 21—30 ani 11, între 31—40 ani 10, peste 41 ani 14 cazuri.

După gravitatea tabloului clinic au fost: 41 forme ușoare de boală (57,7%), 14 forme mijlocii (33,8%), 6 forme grave toxice (8,4%).

Complicațiile au fost: 2 cazuri de reumatism dizenteric, într'un caz gangrenă a extremității inferioare, în 3 cazuri miocardită.

Tratament: Am aplicat pe o scară întinsă terapia cu sulfamide albe și anume: în 32 cazuri. Am utilizat preparatele: dăgenan, eubasin și eleudron. Toate aceste preparate le-am administrat pe cale bucală în doză de

NOU!

NOU!

AVITAMINOZELE C

CITAMINO / Dr. Wander

TABLETE

1 tabletă = 0,05 gr. Vitamină C

— Tuburi cu 20 tablete —

Sulfamidă cu toleranță optimă

SULFORONIN

Dr. Wander

Sulfanilyl-aminopiridină

**Gonoree - Pneumonie - Meningită - Strepto -
Stafilococie - Colibaciloză - Dizenterie**

Tuburi cu 20 tablete à 0,5 gr.

Asociația nouă de cărbune

CARBOWANDER

TABLETE

Cărbune vegetal
Sulf
Senna
Choleinat de Sodiu
Atropină metilbrom
Uleiuri eterice

Absorbant — Desinfectant intestinal — Laxativ cu efect antispasmodic și colagog.

Menajează ficatul în afecțiunile tubului digestiv grație efectului său colagog.

Mostre și literatură trimite la cerere :

Dr. WANDER S. A.

Fabrică de produse farmaceutice și dietetice
București II. - B-dul Bucureștii-Noi 90

Excitantul sistemului cardio-vascular

Adigan

Soluție, fiole și tablete

Preparat de digitală, pur, precis titrat, eficace,
inofensiv și netoxic.

*Hormonul antehipofizar gonadotrop
din urina de gravidă*

Glanduantin

Fiole și tablete titrate pe unități.

Fiole de 20 unități internaționale.
Tablete de 150 unități internaționale.

Fodoterapie pe cale parenterală prin

Vasojod

*Subcutan — intramuscular —
intravenos*

Fiole de 2 și 5 cc., conținând 4
respectiv 10 mgr. jod.

FABRICA DE PRODUSE CHIMICE
GEDEON RICHTER S.
A.

București V, Strada Logofătul Tăut Nr. 99

Telefon 5 69.02

4—6 grame pe zi la adult și 2—3 gr. la copil sub 10 ani până la ameliorarea simptomelor, 4—7 zile consecutiv. Când bolnavul vine la începutul bolii la tratament se aplică o purgăție imediat, apoi se supune la regimul hidric clasic sau la regim cu mere sau aploana și concomitent aplicăm și sulfamidele.

Rezultatele obținute sunt bune și ele sunt la fel de bune cu toate preparatele utilizate, nu există nicio deosebire între ele în această privință. Totuși ele nu ni-se par așa impresionant de bune cum ele sunt descrise de alți autori, iar sensul că vindecările se produc foarte rapid cu această terapie, chiar și în cazurile foarte grave de boală, cu stări toxice extrem de pronunțate.

În cazurile noastre, tratate cu sulfamide vindecarea s'a produs în toate cazurile, însă durata vindecării este foarte puțin mai scurtă decât cu celelalte metode terapeutice aplicate până acum.

Tratamentul aplicat în restul cazurilor a fost în unele din ele numai regimul cu mere crude rase (Reisler-Moro), în altele am aplicat pudra de mere aploana, în altele regim cu afine crude. Cu toate aceste regimuri am obținut bune rezultate terapeutice. În unele din cazuri am instituit și sero-terapia anti-dizenterică polivalentă specifică, mai ales în cazurile mai grave, administrând 40—100 cc. ser intramuscular, 2—4 zile consecutiv.

Tratamentul simptomatic a constatat din următoarele: când bolnavul se prezintă la începutul bolii se face imediat o purgăție cu olei de reclină sau sulfat de sodiu în doze potrivite. După purgăție aplicăm adesea carbunele animal, bolus alba, tanalbina etc.

În mod obișnuit nu recurgem la opium numai în cazuri de colice abdominale foarte mari și tenesme foarte pronunțate. Pentru combaterea tenesmelor și a colicelor aplicăm mai mult antispasmodicele: papaverină, belladonă atropină. În toate cazurile căldură pe abdomen. În cazuri cu tendință cu diaree cronice se va da carbonat de calciu și carbonat de bismut.

În formele grave de boală, mai ales forme gangrenoase se pot face cu precauțiune și spălături rectale cu soluție de tanin 1%, permanganat de potasiu 1—2% nitrat de argint 1/10.000 până la 1/1000.

Pentru combaterea deshidratării am administrat lichide în cantitate suficientă pe cale bucală: ceai cu zahăr, apă sărată, infuziuni, ser hipertonic 20% intravenos. Circulația am susținut-o cu: veritol, veriazol, olei camforat, cardiazol, cafeină, strihnină, adrenalină și strofantină.

Scarlatina. Au fost 23 de cazuri cu un mort, deci 4,3% letalitate. Este un număr mic de cazuri, însă în general la Sibiu scarlatina este într'un număr mai redus.

După anotimpuri se repartizează astfel: vara 8, toamna 8, iarna 5, primăvara 2.

Din Sibiu au fost 9 cazuri, restul cazurilor au fost din județ.

După sex au fost: 8 băieți și 3 fete. Vârsta cazurilor a fost următoarea: între 2—10 ani 17 cazuri, între 11—20 ani 3 cazuri, 1 de 24 ani.

După gravitate au fost: 15 ușoare, 5 mijlocii și 3 grave.

Complicațiile constatate: adenite cervicale supurate 1, adenite cervicale nesupurate 3, amigdalite recidivante 3, nefrite 3, otite 3 mastoidită 1.

Tratamentul aplicat a fost următorul: în cazurile grave și mijlocii de boală ser antiscarlatinos anti streptococic intra muscular 50—100 cc. pe zi, 1—2 zile consecutiv, la care asociem sulfamidele roșii sau albe sub formă de injecții sau tablete pe cale bucală. În formele ușoare numai sulfamide. În complicațiile septice administrăm totdeauna sulfamide. În rest tratament igienico-dietetic și pur simptomatic.

Difteria. Au fost 37 cazuri cu 5 morți deci o letalitate de 13,5%, este destul de mare ceea ce se explică prin numărul mic al cazurilor.

Cazurile au provenit cele mai multe din Sibiu (32), restul de 5 din satele din jurul Sibiului. Au fost 23 bărbați și 14 femei.

Vârsta cazurilor: dela 1—5 ani 7 cazuri cu 2 morți, dela 6—10 ani 16 cazuri, dela 11—20 ani 11 cazuri cu 2 morți, dela 21—30 ani 2, 1 caz de 55 ani care a sucombat.

După gravitate au fost: 11 ușoare, 9 mijlocii, 10 grave, maligne.

Complicațiile au fost: 5 paralizi, 1 congestie pulmonară, 1 otită de 10 ori boala serului.

Tratamentul aplicat a constatat întâi din sero-terapie specifică antidifterică în doze corespunzătoare: în formele ușoare 10.000—30.000 U. I., în formele mijlocii 20.000—5000 U. I., în formele grave 50.000—300.000 U. I., date în 1—5 zile. La ser adesea asociem sulfamide și apoi tratamentul simptomatic necesar.

Meningita cerebro-spin. epid. Am avut 10 cazuri cu un mort (10%). Vârsta cazurilor: 3 între 6—10 ani, 3 între 11—20 ani, 3 între 21—30 ani, 1 de 42 care a sucombat. Din Sibiu au fost 7 cazuri, celelalte 1 din Alba-Iulia, 1 din Blaj, 1 din Târnava-Mare. După sex: 6 bărbați și 4 femei.

Tratamentul aplicat a fost cel asociat: ser antimeningococic polivalent intra muscular și sulfamide albe sub formă de injecții și în tablete câteva zile consecutiv.

Tifos exantematic. În 1942 au fost 3 cazuri toate vindecate, 2 bărbați și 1 femeie, toți din Sibiu de vârstă 17, 20 și 26 ani.

Tratamentul aplicat: sulfamide, piridol, urotropină, cardiotonice etc.

În anul 1943 avem mai mult tifos exantematic.

Tetanus. Au fost 5 cazuri cu 1 mort (20%), bărbați 3, femei 2, vârsta între 15—55 ani.

Tratamentul aplicat: ser antitetanic + anatoxină tetanică, urotropină, pantopon, calciu.

Paralizie infantilă. Au fost 11 cazuri toate vindecate, 5 bărbați, 6 femei. Vârsta între 9 luni și 20 ani. Localitățile: 3 din Sibiu, 1 din Drăgășani, restul din satele din județul Sibiu și Făgăraș.

Tratament: ser antipollomleltic, hetero hemotiale, betaxină, strihnină, sulfamide albe.

Tuse convulsivă. Au fost 3 cazuri, bărbați, între 2—18 ani, toți vindecați.

Tratament: Vacin și simptomatic.

Pneumonii 4 cazuri, toate vindecate, între 7—25 ani. Tratament: piridol, sulfamide albe, tratament simptomatic.

Malarie. 4 cazuri, toate vindecate, între 15—41 ani. Tratament: atebrină, chinină.

Gripă. Au fost 39 cazuri, toate vindecate, vârsta între 1—70 ani. În general au fost gripe simple, numai în 3 cazuri s-au complicat cu congestie pulmonară, într'un caz cu otită și mastoidită. Tratament: sulfamide albe și antipirietice.

Rugeolă. Au fost 12 cazuri, toate vindecate, între vârsta de 11—20 ani.

Rubeolă. Au fost 3 cazuri, toate vindecate.

Cărbune. Au fost 10 cazuri, cu 2 morți (20%) din Sibiu și județ 7 cazuri, din jud. Târnava-Mare 1, din jud. Târnava-Mică 1 caz. Vârsta dela 1—60 ani. Tratamentul a constat din ser anti cărbunos cu sulfamide albe sau roșii.

Erizipel. Au fost 45 cazuri, cu 2 morți (8,8%), după sex: 22 bărbați, 23 femei, după vârstă: între 1—20 ani. După localizare: la față 15, la gambă 14, antebrăț 4, coapsă 4, mamele 2, picior 2, genunchi 2, vulvă 1, spate 1. Tratament: sulfamide albe și roșii și simptomatic.

Parotidită epidemică. Au fost 37 cazuri, toate vindecate. Bărbați 22, femei 15. Vârsta între 5—50 ani. Complicații: Orhite în 4 cazuri, meningită benignă 1 caz. Tratament: sulfamide albe și roșii, neosalvasan.

Varicel. 2 cazuri vindecate, de 8—9 ani.

Meningită T. B. C. 6 cazuri, toate mortale, între 10—20 ani.

Intoxicație alimentară. Au fost 15 cazuri, cu un mort (6,6%). S-au manifestat cu simptome clinice de gastro-intero-colită acută. După sex: 13 bărbați și 2 femei. Vârsta între 14—55 ani.

Amigdalită acută. Au fost 11 cazuri, toate vindecate. Vârsta a fost între 8—30 ani.

Tratament: sulfamide albe și roșii, ser antidifteric uneleori, tratament simptomatic.

Arhiva și cancelaria medicului de circumscripție rurală.¹⁾

de

Dr. Vasile Moșoiu

medic. circum. Roșia-Sibiu

Un punct important din activitatea medicului de circumscripție rurală îl constituie arhiva și cancelaria.

Ori cât de paradoxal s'ar părea aceasta, totuși pentru un moment cancelaria și arhiva circumscripției este singurul ghid, care ne poate indica o activitate sistematică și documentată a aceluia ce conduce o asemenea instituție sanitară.

În sfera noastră de activitate clinică în mediul rural, realizările practice vizibile fiind prea puține, lipsa unei arhive și a cancelării ne-ar pune în situația de a nu ne putea justifica munca noastră. O evidență precisă, precum și înregistrarea tuturor fenomenelor ce se prezintă zi de zi, ne pune la adăpostul multor acuze, justificând în același timp prezența noastră în mediul rural ca reprezentanți ai sănătății publice.

Nu știu de ce, dar din toate discuțiile colegiale se desprinde un fapt destul de curios și nejustificat,

acuzând cu toată dârzenia partea birocratică a circumscripției, spunându-se: „totul ar merge bine la circumscripție dacă ne-ar dispensa de lucrările de birou” — „biroul ne omoară”. Mai mult chiar de cât atât, datorită neînțelegerii rostului arhivei și a cancelariei noastre, am ajuns ca noi înșine să ne discredităm, în cât majoritatea celorlalți colegi ne privesc cu multă compătimire, ne mai văzând în noi medicul, ci pur și simplu funcționarul birocrat de toate zilele.

Ca unul ce activez în mediul rural pe terenul sănătății publice, având experiența câtorva ani, atacând toate problemele acestui mediu, afirm cu toată convingerea, că tot ce s'a spus rău referitor la partea birocratică a circumscripției sanitare rurale, n'a fost de cât rea înțelegere și o exagerare nejustificată.

O parte a medicilor noștri sanitari vrând să pozeze în adevărați înțelegători ai acestor probleme, au

¹⁾ Conferință ținută în Conferința trimestrială a medicilor Sanitari din jud. Sibiu, din Octomvrie 1942.

admis cancelaria sub rezerva de a fi condusă de un personal auxiliar sanitar și nici într'un caz de un medic. Și la aceștia, ca la toți ceilalți, același neînțelegere. Întreb pe partizanii acestei teorii, este oare posibil o perfectă armonie între ochiul observatorului ce studiază diferite probleme și ochiul străinului cărui a se ordona să înregistreze aceste rezultate? Desigur răspunsul va fi negativ. Toți, dar absolut toți cari susțin asemenea teorii, n'au înțeles și nu vor înțelege niciodată rostul arhivel și a cancelariei circumscripției, precum și existența lor în mediul rural.

Poate în nicio ramură a științei nu se cere atâta timp de observare și experimentare a fenomenelor ca în medicină. Deci o observare îndelungată a variatelor probleme de sănătate și organizare sanitară, implică conservarea tuturor rezultatelor, constituind sursa hotărâtoare a principiilor ce trebuie să fie la baza unei temeinice organizări. Lipsa acestor valoroase documente ne pune în imposibilitatea de a nu judeca obiectiv, atunci când vom fi chemați a ne spune cuvântul nostru. Iată de ce arhiva și cancelaria circumscripției sanitare rurale, va trebui să fie cât mai bine organizată și cât mai bine pusă la punct. Nimeni însă să nu-și închipuie că medicul circumscripției va trebui să devină un arhivar și birocrat de carieră.

Spre a nu ne pierde în prea multe considerațiuni de ordin teoretic să analizăm puțin fondul acestor probleme: ce este arhiva, cum ar trebui organizată, ce este cancelaria, cum a fost până'n prezent, cum ar trebui să fie spre a nu mai fi o sarcină insuportabilă?

Arhiva este centralizarea și păstrarea documentelor oficiale a unei instituții. Așa după cum fiecare instituție de stat, județ, sau comună își are arhiva lor, tot așa și circumscripția sanitară rurală va trebui să-și aibă arhiva și cancelaria sa. Arhiva circumscripției se naște odată cu înființarea ei, trăește zi de zi cu medicul, fără a constitui o povară pentru el. O simplă aranjare a ei, fie trimestrială, anuală sau la intervale de timp mai lungi, ar fi singura muncă ce s'ar depune, și aceasta se poate face în câteva ore, dacă medicul s'ar îngriji zilnic să-și ordoneze repartizarea tuturor actelor ce le are în păstrare.

Greutatea mare ce a constituit-o în trecut arhiva și care greutate mai există încă și azi, este lipsa completă de uniformizare în ceea ce privește organizarea ei, spre a fi cunoscută de ori ce medic ce s'ar prezenta într-o circumscripție nouă.

Numai ca o sugestie și nimic mai mult, fără a avea pretenția unui organizator, voi încerca să schițez câteva propuneri în acest sens.

1. La sediul fiecărei circumscripții sanitare, la dispensarul propriu, sau cel improvizat, va trebui să existe câte un dulap tip arhivă, unde să se depună pe dosare și pe ani toate actele cari prezintă importanță pentru circumscripție.

2. Acest dulap arhivă se va construi după un plan dat de minister, fiind uniform pe întreagă țara, corespunzând tuturor necesităților ce le prezintă diferitele și variatele probleme de sănătate ale mediului rural.

3. Toate actele vor fi repartizate în dosare, pe categorii și pe ani.

4. Concentrarea tuturor actelor într'un singur dosar nu este de recomandat, constituind o mare greutate în căutarea unui act.

5. Pe fiecare dosar se va menționa conținutul și anul respectiv.

6. O schiță precisă a dulapului afișată pe fața internă a ușei, va indica locul fiecărui dosar, ușurând în felul acesta studierea arhivel, dând în același timp un aspect de cea mai perfectă ordine.

7. Dulapul tip arhivă va trebui să aibă două chei, una găsiindu-se la medicul circumscripției, iar a doua la organul de control, medicul primar de județ, putând face controlul ori de câte ori va fi nevoie.

Cancelaria.

Ori cât de neînsemnate și fără importanță ar părea actele ce le are de rezolvat medicul de circumscripție, totuși cancelaria trebuie să existe, dând aspectul unei instituții bine organizate.

Dacă vom face abstracție de tot ce se lucrează în această cancelarie și vom lua în considerare numai partea cea mai puțin însemnată, — esteticul — încă vom găsi mult justificat existența ei.

Cancelaria circumscripției sanitare rurale va trebui să fie laboratorul în care să se înregistreze zi de zi, toate momentele importante ce le prezintă multiplele și variatele probleme de sănătate din mediul rural. Aci se vor face înscrierea bolnavilor ce cer asistențe medicale, aci se vor complecta diferitele fișe medicale, aci se va ține evidența precisă a bolilor medico-sociale, infecto-contagioase, aci se vor centraliza toate datele demografice transformându-le în rapoarte periodice și grafice, aci se va studia probleme de medicină preventivă și curativă, cu un cuvânt cancelaria circumscripției va fi sinteza întregii noastre activități. Și pentru ca instituția pe care o conducem să funcționeze în modul cel mai perfect, prima condiție care se impune este amenajarea cancelariei cu tot utilajul, dispunând în primul rând de localul adecvat, mobilierul și rechizitele necesare, dispărând odată pentru totdeauna acea stare de provizorat, „cancelaria ambulantă” din cabinetul particular al medicului sau de cine știe unde.

Nu acuz pe nimeni, dar și azi sunt încă foarte multe circumscripții sanitare rurale, care nu dispun de acea modestă sală de consultații, în cât medicul este absolut nevoit să-și transforme camera lui proprie de locuit în sală de așteptare, sală de consultații și cancelaria circumscripției, etc.

O acțiune mai energică și mai hotărâtă din partea forurilor noastre sanitare superioare, pentru organizarea circumscripțiilor sanitare rurale se impune cât mai urgent. Medicul de circumscripție rurală n'ar mai trebui lăsat să se umilească, cerșind autorităților comunale un adăpost pentru serviciul sanitar rural, dându-i-se în majoritatea cazurilor localul cel mai deteriorat și completament înapt pentru scopul cerut.

Orl cât de bine intenționat ar fi medicul de circumscripție în dorința de a realiza cât mai mult pe terenul sănătății publice, în asemenea condițiuni nu cred că ar putea face prea mult.

Ca o justă consecință la cele de mai sus, ar trebui ca la înființarea unei noi circumscripții sanitare rurale să se țină seamă în primul rând de posibilitățile unei modeste amenajeri a sediului circumscripției, asigurând dintr'un început localul respectiv, necesar noului instituții crelate. Numai în felul acesta vom pune bază unei adevărate instituții sanitare, care să dăinuiască, făcându-ne în același timp cinstea cuvenită.

Odată realizat acest deziderat, vom putea trece la organizarea propriu zisă a cancelariilor.

În cele ce urmează voi căuta să discut posibilitatea unei simplificări și reduceri în același timp a unor lucrări care ar împiedeca mult activitatea medicului de circumscripție.

a) Toate imprimările necesare cancelariilor circumscripțiilor rurale să se distribuie la început de an, dându-se întreg stocul necesar pe un an, spre a se evita neresorțirile și inadmisibilele scuze din partea medicului „nu am putut rezolva diferitele probleme că mi-au lipsit imprimările respective”. Aceasta dă o notă de slabă organizare și lipsă de prevedere.

b) La diferitele lucrări de birou ale circumscripției sanitare rurale, să se permită din partea serviciului sanitar județean să activeze efectiv și personalul sanitar auxiliar, sub directă supraveghere a medicului.

c) Circularile referitoare la executarea diferitelor probleme să se dea la timp, evitându-se forma steriotipă — „răspundeți cu prima poștă”. Acest sistem rapid de rezolvare, nu poate avea un caracter serios și tot ce se lucrează în asemenea condițiuni poate fi susceptibil de superficialitate.

d) Având în vedere raza mare a circumscripțiilor sanitare rurale, greutatea de deplasare a medicului, precum și urgența rezolvării a diferitelor probleme de medicină preventivă pentru precizarea de diagnostic sau combaterea epidemiei, prezența telefonului la sediul circumscripției se impune cât mai urgent. Telefonul să nu lipsească din nici o circumscripție sanitară rurală, el fiind unul din cei mai importanți factori de colaborare în activitatea medicului.

În ceea ce privește simplificarea propriu zisă a lucrărilor de birou, implicit modificarea diferitelor im-

primare și registre ale cancelariilor circumscripțiilor sanitare rurale propun:

1. *Condica de expediție*: să se înlocuiască cu un carnet care să cuprindă borderoul de expediție Md. of. poștal în dublu exemplar; unul fiind ușor detașabil și care se va da oficiantului poștal odată cu corespondența, iar copia va rămâne în carnet unde va semna funcționarul poștal de primire.

2. *Registrul de inspecții sanitare al comunelor*. Procesele verbale de inspecții ale medicului de circumscripție să se treacă într'un registru comun de inspecții al tuturor organelor de control comunale; în modul acesta, atât medicul cât și celelalte organe de control vor putea observa în orl ce moment, rezultatul tuturor constatărilor făcute, luându-se hotărâri de realizare practică, în concordanță cu toate problemele ce le reclamă mediul rural.

Actualul registru de inspecții fiind un registru izolat, trecându-se numai inspecțiile medicului, foarte ușor poate scăpa neobservat de celelalte organe de control, neputându-se constata lipsurile sau realizările din p.d.v. sanitar.

3. *Buletinul de Vaccinare*. Să se înființeze un registru care să se cuprindă buletinul de vaccinare — un singur model — pentru toate vaccinările, fiind ușor detașabil și numerotate, Cu un asemenea registru de buletine de vaccinare ar dispărea acel buletin atât de variat ca formă și fond făcut după inspirația momentană a emițătorului.

4. *Procesele de contravenție la vaccinare și revaccinare*: Md. sanitar 25 să se unifice într'un singur model pentru toate vaccinările; partea a doua, darea în judecată, este inutilă întru cât medicul primar de județ este acela care dă decizia de amendă.

5. *Raportul de activitate lunară 301* să se modifice în sensul ca el să cuprindă întreaga activitatea medicului, ne mai fiind nevoie de alte rapoarte lunare ca: tabela bolilor medico-sociale Nr. 42, procesele verbale de inspecții, tabela lunară de malarie, raportul de activitate al Centrului de puericultură etc. Toate datele din rapoartele de mai sus să fie trecute în raportul lunar de activitate 301. În acest caz medicul ar fi scutit de o muncă inutilă, repetând o serie de date în diferite rapoarte în mai multe exemplare. Aceste rapoarte izolate îngreulează foarte mult activitatea medicului, răpindu-i un timp destul de apreciable din activitatea medicului.

6. *Înființarea carnetului individual referitor la tratamentul antisifilitic* ar ușura în mare parte controlul și ținerea în evidență a tratamentului făcut. Orl ce schimbare a domiciliului bolnavului sau al medicului curant reclamă prezența acestui carnet, oglindă fidelă a tratamentului făcut.

ANEMOCIT

Injectii à 2 cmc.

Extract de ficat injectabil, bine desalbuminat și deșpoidat

Cuții cu 5 fiole à 2 cmc.

Anemii pernicioase, gravidice, convalescență.

ANEMOCIT FORTE

in fiole à 5 cmc.

Extract de ficat injectabil, bine desalbuminat și deșpoidat

Cuții cu 5 fiole à 2 cmc.

Anemii pernicioase, gravidice, convalescență.

ANEMOCIT DRAGELE

Flacon à 30 bucăți

Formula :

Principiu antianemic din ficat	0,03	gr.
Protoxalat de fier	0,05	"
Complex vitaminic B din drojdie	0,10	"
Extract de mucusă stomachică	0,10	"
Excipient aromatizant	0,25	"
pe bucată.		

Anemii pernicioase, gravidice, convalescență.

CEREBROTONIN

Tonic reconstituant pe bază de glicerofosfați, extract de ficat și vitamina B.

Forma A cu arsen

Formula :

Glicerofosfați/Ca, Fe, Na și strichnină	3 ⁰ / ₀
Vitamina B ₁ extract concentrat	2 ⁰ / ₀
Extract de ficat concentrat	1 ⁰ / ₀
Gluconat de calciu	1 ⁰ / ₀
Clorură de magneziu	0,5 ⁰ / ₀
Formiat de sodiu	0,2 ⁰ / ₀
Extract de cola	1 ⁰ / ₀
Metilarseniat de sodiu	0,05 ⁰ / ₀
Clorură de mangan	0,02 ⁰ / ₀
Excipient aromatizant q. s. ad. 100 cmc.	

Forma B fără arsen

Formula :

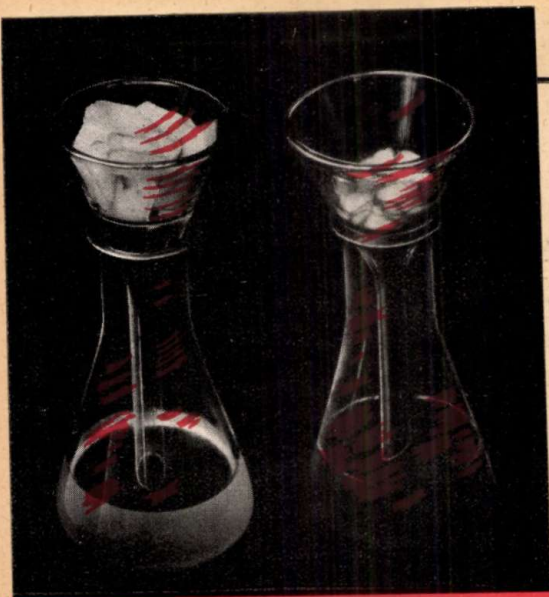
Glicerofosfați/Ca, Fe, Na și strichnină	3 ⁰ / ₀
Vitamina B extract concentrat	2 ⁰ / ₀
Extract de ficat concentrat	1 ⁰ / ₀
Gluconat de calciu	1 ⁰ / ₀
Clorură de magneziu	0,5 ⁰ / ₀
Formiat de sodiu	0,2 ⁰ / ₀
Extract de cola	1 ⁰ / ₀
Clorură de mangan	0,02 ⁰ / ₀
Excipient aromatizant q. s. ad. 100 cmc.	

Stări de slăbiciune nervoasă, anemie, depresiune, neurastenii, surmenaj, convalescență.

Mostre și literatură :

„NEOFARM“ Laborator Chimico-Farmaceutic

București V, Calea Vitanului 11 — Telefon 5.73.46.



Experiințe de digestie cu Luizym

Stânga: 10 gr. cuburi de castraveți agitați timp de 1 oră cu 20 cmc. soluție de diastază; reziduu: 6 gr.

Dreapta: 10 gr. cuburi de castraveți agitați timp de 1 oră cu 20 cmc. soluție de Luizym; reziduu: 2,6 gr.

Stările terapeutice și efectul digestiv auxiliar al fermenților cari despică celuloza în fenomenele dispeptice fermentative, au fost perfect caracterizate prin cele expuse mai jos:

Celulazele și hemicelulazele sunt într'un anumit sens considerate ca îndrumătoare, pioniere pentru fermenții digestivi, cărora le ușurează intrarea în interiorul celulelor vegetale prin dilatarea orificiului natural de pătrundere. Ele susțin digestia alimentelor, permit o cât mai completă folosire a lor și împiedică, ca conținutul nedigerat al celulei să cauzeze disbacterioză în secțiunile inferioare ale intestinului și să formeze astfel cauza principală a putrefacției intestinale și a meteorizmului.

Gavrila, „WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT“ 1942, Nr. 50.

LUIZYM

PREPARATUL DE FERMENTI VEGETALI CU CELULAZĂ
ȘI HEMICELULAZĂ ALĂTURI DE AMILAZE, PROTEAZE etc.

la insuficiențe digestive față de alimente vegetale
precum și la dispepsii fermentative și a stărilor lor consecutive.

Tablete — Dragee

Literatură vă stă cu plăcere la dispoziție.

LUITPOLD-WERK, MÜNCHEN

Depozit permanent al preparatelor Luitpold-Werk în România:

„DROGUERIA STANDARD“ S. A. R.

București I — Str. Sf. Ionică Nr. 8

7. *Buletinul de analize de laborator.* Spre a avea o evidență precisă a tuturor examinărilor de laborator, se impune înființarea acestui buletin, care să fie un singur model pentru toate examinările cerute. Aceste buletine format din două părți, una ușor detașabilă ce însoțește materialul recoltat pentru analiză, iar partea a doua va rămâne la cotor unde se va trece rezultatul examinării.

8. Toate celelalte imprimări, rapoarte și registre ale cancelariei circumscripției sanitare rurale sunt bune, corespunzând necesităților diferitelor probleme sanitare

rurale, urmând a se lucra întocmai instrucțiunilor din legea sanitară.

Dacă toți, dar absolut toți medicii sanitari vor fi convinși de importanța arhivel și cancelaria circumscripției sanitare rurale, acordându-se considerația cuvenită, într'un viitor relativ scurt, vor putea spune că au deslegat odată pentru totdeauna marea și greaua enigmă birocratică a circumscripției sanitare rurale.

Puțină bunăvoință și mai multă înțelegere și problema va fi complet rezolvată.

Probleme terapeutice

Diatermia cervicală în tratamentul glaucomului

de

Dr. M. Diaciov

Cunoștințele terapeutice în tratamentul glaucomului sunt atât de insuficiente încât orice contribuție în acest domeniu cred că este bine venită, de aceea am căutat să expun în articolul de față rezultatele obținute prin aplicarea diatermiei cervicale în cinci cazuri de glaucom.

În anul 1916 pentru prima oară se recomandă aplicarea diatermiei în regiunea cervicală a coloanei vertebrale, fiind o metodă de terapie care ne dă până la un anumit punct posibilitatea de a influența prin intermediul sist. organo-vegetativ, asupra proceselor patologice la sist. nervos central. Această metodă a fost impusă de concepțiile actuale asupra enervărilor vaselor cerebrale. Este cunoscut faptul că concomitent cu contracțiunea sist. vascular periferic aflarea sângelui către creier este mărit și din contră la dilatarea acestui sist. periferic vom avea micșorarea fluxului sângelui. Diatermia cervicală odată cu refluxul sângelui dela creier, produs din așa zisa acțiunea reflectorie, mai acționează și asupra ganglionilor simpatici a măduvei spinării provocând micșorarea aflului sângelui către creier și deci micșorează tensiunea sângelui-vasculară. Procedând la examinarea fundului de ochi îndată după sesiunile de diatermie cervicală în cazurile de stază papilară se constată că vasele retinene sunt mult mai puțin dilatate și câmpul retinian mai palid. Studiul și punerea la punct a metodelor diatermiei cervicale este meritul lui Scerbacov și a școlii sale. La noi aplicarea acestei metode mai așteaptă punerea la punct. Scerbacov comunică un caz de meningită cronică și difterică unde aplicarea acestui tratament a adus reparația reflexului fotomotor. Autorul subliniază că țesuturile iriene reacționează foarte bine atâta timp cât ele nu sunt degenerare, — la orice schimbare a tensiunii vasculare care

se află în strânsă legătură cu circulația craniană. Având în vedere cele expuse mai sus ne-am gândit asupra posibilității de a regula circulația sângelui și limfatică oculară aplicând diatermia cervicală. Am încercat să aplicăm diatermia cervicală în glaucom cronic simplu. Ne-am condus în cazul de față de concepția actuală asupra genezei, morfologiei și etiologiei glaucomului. Metoda a fost cea indicată de Scerbacov aplicând electrodul superior în partea cervicală, iar cel inferior pe la mijlocul coloanei vertebrale. Mărima electrozilor 5×6 cm. Această localizare a electrozilor are în vedere a supune acțiunii diatermice nu numai centrele simpatice ale măduvei dar și ganglionii simpatici. Intensitatea curentului până la 0.5—0.25 H. Durata sesiunii 10—15 minute. Numărul lor 15—20. Cu toate că în prezent glaucomul este privit ca un sindrom complex fără ca să fie etiologia bine definită, pare totuși, că părerea lui Golovin expusă în 1895 ar fi mai acceptabilă admitând la baza glaucomului tulburări ale sistemului vascular. Acest fapt se confirmă tot mai mult, atât prin cercetări experimentale cât și prin observații clinice. Rolul circulației în etiologia sângelui a servit la legătura ce ar putea fi între tensiunea intraoculară și tensiunea arterială. Wesely subliniază rolul pe care l-ar avea tens. art. în etiologia glaucomului și crede într-o legătură directă între tensiunea oculară și cea arterială. Pe de altă parte Müller nu admite nicio relație între tensiunea oculară și cea arterială. Într-o lucrare recentă Roskin ajunge la concluzia că în cazurile de urcare a tensiunii intracraniene provocate experimental, poate avea loc atât hipotensiunea cât și hipertensiunea intraoculară. Chestiunea rolului pe care îl joacă circulația sângelui în etiologia glaucomului în

ultimul timp este privită sub un alt aspect și anume pe primul plan este scos faptul lipsei echilibrului sistemului vascular ocular, labilitatea sistemului vascular, fapt constatat în multe observații clinice de glaucom. Tensiunea extrem de mare în multe cazuri de glaucom și frecvența atacurilor glaucomatoase în perioada climaterică la femei, precum apariția acceselor de glaucom în raport cu anumite momente care influențează enervarea vasomotorie pot fi explicate numai printr-o labilitate deosebită a pereților vasculari care poate fi provocată atât de cauze locale vasculare cât și de cele generale extraoculare ca: dezechilibru endocrinian și perturbări în enervarea vegetativă. Importanța pe care ar avea-o sistemul organo-vegetativ simpatic în etiologia glaucomului este cunoscut de demult. Așa după Toma Ionescu glaucomul este privit ca o nevroză secretorie pendinte de ramurile simpaticului, preconișând chiar extirparea simpaticului cervical. Experiențele ulterioare ale lui Adler au dovedit că extirparea simpaticului provoacă o lentă diminuare a lichidului din camerele oculare. Rolul parasimpaticului după Ditter reiese clar din acțiunea pilocarpinei și ezerinei asupra sistemului periferic parasimpatic. În urma cărui survine axcetația vaselor dilatatorilor și scăderea tensiunii intraoculare. Perturbările în sistemul endocrin constatate la glaucomatoși, de asemenea accesele glaucomatoase la femei în perioada de climateriu este privit ca un factor ce schimbă tonusul vascular prin acțiunea asupra sistemului vegetativ. Toate faptele menționate ne confirmă că sistemului vegetativ trebuie să-i atribuim un rol important în patogenia glaucomului. Aceste sunt argumentele care ne-au făcut să încercăm un tratament sistematic al glaucomului prin diatermia cervicală, crezând că prin acțiunea diatermică asupra centrelor vegetative a porțiunii cervicale simpatic, vom acționa în bine în regularea tonusului vaselor cerebrale în general și a vaselor oculare îndeosebi, ajungând prin aceasta la regularea tensiunii intraoculare în glaucom.

Tabloul bolnavilor studiați: 5, toți dela serviciul ambulatoriu al Casei de Asigurări Sociale Cluj—Turda.

După vârstă și sex avem: dela 45—50 doi și dela 50—60 ani trei bolnavi; dintre care 3 femei și 2 bărbați.

Am avut cazuri cu glaucom acut asupra cărora nu am aplicat diatermia cervicală întru cât chirurgia oculară actuală ne dă posibilitatea de a obține rezultate bune. Pe noi ne-a interesat glaucomul cronic simplu primitiv unde nicio intervenție chirurgicală nu poate salva bolnavul de prognosticul fatal — orbirea progresivă. În cazurile noastre având un câmp vizual mic totuși existent, ne-a fost teamă că prin iridectomia antiglaucomatoasă vom putea pierde și acest rest al câmpului vizual existent. În toate cazurile am văzut pe lângă îmbunătățirea acuității vizuale și lărgirea câmpului vi-

zual. Bineînțeles că rezultatul nu a fost întotdeauna perzistent și eram nevoiți a repeta terapia după 3—4 luni. După ședințele repetate rezultatul obținut nu a fost mai puțin îmbucurător. Totodată se observă o îmbunătățire a stării subiective a bolnavului și ameliorarea cefalgilor. Pentru a demonstra rezultatele obținute de noi în urma terapiei cu diatermia cervicală ce am aplicat-o bolnavilor glaucomatoși vom refera cele 5 cazuri care alcătuiesc obiectul studiului nostru.

Observația 1. Bolnava I. P. de 45 ani, se prezintă în ziua de 19 Aprilie 1936 având glaucom cronic simplu la O. S. cu tensiunea 50 mm. și vederea 0,7, iar la ochiul drept tensiunea 0,45 mm. Escavațiile glaucomatoase tipică mai pronunțată la O. S. Câmpul vizual la ochiul drept este redus jos la 25°, intern 55°, extern 90°. S'au făcut 22 de ședințe de diatermie cervicală. Acuitatea vizuală s'a ridicat până la 0,9. Tensiunea scade la 36 mm. iar câmpul vizual mărit jos 45°, intern 60°. Starea generală îmbunătățită. Deci în cazul de față am obținut micșorarea tensiunii intraoculare, lărgirea câmpului vizual și îmbunătățirea acuității vizuale cu 2%.

Observația 2. Bolnava I. M., în etate de 49 ani, se prezintă în ziua de 28 Iunie 1937 cu glaucom cronic simplu la ochiul drept și glaucom absolut la ochiul stâng. La ochiul stâng acuitatea vizuală a scăzut progresiv fără dureri. În ultimul timp observă o asemenea scădere și la O. D. **Starea prezentă.** O. S. mîdrează, escavațiile glaucomatoase tipică cu atrofia papilei. Acuitatea vizuală — percepția luminoasă. — T. O. 85—90 mm.

O. D. o mică escavație marginală a papilei. Acuitatea vizuală 0,8, tensiunea oculară 54—50 mm. Câmpul vizual concentric îngustat sus până la 30°, inferior 30°, temporal 50°. se aplică 20 ședințe de diatermie cervicală. Se observă o îmbunătățire a stării generale, dispariția cefaleei și revenirea acuității vizuale O. D. la normal. Câmpul vizual simțitor s'a lărgit după ședința a 10-a și la sfârșitul tratamentului în următoarele limite: inferior 45—50, intern 50—60, temporal 85. Tensiunea oculară puțin redusă la ambii ochi.

Observația 3. Bolnava C. P., în ziua de 5 Iulie 1937 în etate de 70 ani, cu glaucom inflamator la O. S. Se face fistulizația după procedura Elliot. După un timp oarecare se observă scăderea vederii și la O. D. Se fac 20 de ședințe de diatermie cervicală. Starea generală îmbunătățită, dispariția durerilor de cap, vederea ameliorată până la 0,6, câmpul vizual în limitele: inferior 50°, intern 60°, superior 60°, temporal 90°. Tensiunea intraoculară 25 mm. După 4 luni bolnava revine cu dureri și scăderea vederii la O. D. Se repetă tratamentul cu diatermia cervicală după care obținem o ameliorare atât subiectivă cât și obiectivă dar cu o mai mică lărgire a câmpului vizual.

Observația 4. Bolnava S. N., de 47 ani, se prezintă cu glaucom simplu la ambii ochi în ziua de 11 Mai 1938. Având acuitate vizuală la O. S. 0,4 la O. D. 0,3. Mădreață. Escavația tipică mai pronunțată la O. S. Tensiunea intraoculară 40 mm. la O. S. și 50 mm. la O. D. Câmpul vizual la O.S. $45^{\circ} - 50^{\circ} - 60^{\circ} - 50^{\circ}$ la O. D. $10^{\circ} - 15^{\circ} - 40^{\circ} - 15^{\circ}$. Se aplică 20 de ședințe de diatermie cervicală. Rezultatul: Acuitatea la O. D. se urcă la 0,5 iar la O. S. la 0,4. Tensiunea intraoculară micșorată la ambii ochi iar câmpul vizual lărgit în următoarele limite: O. S. $50^{\circ} - 45^{\circ} - 50^{\circ} - 60^{\circ}$ la O. D. $30^{\circ} - 30^{\circ} - 75^{\circ} - 15^{\circ}$.

Observația 5. Bolnava S. V., în etate de 65 ani, se prezintă în ziua de 10 Iulie 1930 cu glaucom cronic iritativ la ochiul drept. Vederea — numără degete la distanță de 2 m. Câmpul vizual concentric îngustat: inferior 50° , intern 5° , superior 10° , temporal 50° . După 20 de ședințe de diatermie cervicală acuitatea

vizuală: numără degetele la 4 m., iar câmpul vizual lărgit cu 10° în toate direcțiile. După acest rezultat obținut se procedează la iridectomia antiglaucomatoasă.

Concluziuni. Diatermia cervicală aplicată în glaucom primitiv ne dă rezultate relativ bune în sensul că:

1. Ameliorează acuitatea vizuală.
2. Lărgeste câmpul vizual.
3. Diatermia cervicală ne dă rezultate și acolo unde mioticele nu opresc scăderea acuității vizuale.
4. Efectul terapeutic nu este definitiv și se cere uneori și repetarea ședințelor de diatermie.
5. În cazurile de glaucom absolut cu atrofia papilei nervului optic, diatermia cervicală rămâne fără rezultat.
6. Diatermia cervicală poate fi întrebunătățită pentru lărgirea câmpului vizual și pentru a pregăti intervenția chirurgicală.

Acțiunea Diphenyl-Hidantoinatului de sodiu în formele grave de epilepsie

de

Dr. Constantin Daniel și **Dr. Ecaterina Jercea**
Asistent universitar Medic secundar

Problema tratamentului epilepsiei a fost rezolvată în mare parte prin introducerea barbituricelor în terapeutică acestei boli.

Dar căutarea și introducerea de noi metode terapeutice în tratamentul epilepsiei era necesară întrucât existau o serie de cazuri, puțin numeroase de altfel, asupra cărora luminalul și în genere barbituricile aveau o acțiune mai redusă.

S'a căutat o medicație care să dea rezultate în cazurile mai puțin influențate de luminal și de celelalte barbiturice.

După rezultatele metodelor de tratament propuse până acum, s'a dovedit, că unele medicamente ori erau puțin active ori aveau pe lângă aceasta și o mare gravitate pentru bolnavi.

Phenylhidantoinatul de sodiu a cărui valoare terapeutică a fost verificată în toate țările de cercetători obiectivi, constituie însă o armă terapeutică de importanță în tratamentul epilepsiei și prezintă un real progres în prevenirea acceselor comițiale.

Intr'adevăr, un tratament simptomatic ideal al epilepsiei ar fi acela care ar preveni apariția acceselor fără să influențeze întru nimic activitatea psihică și socială a bolnavilor.

Spre acest tratament simptomatic ideal, facem un pas important prin utilizarea diphenylhidantoinatului de sodiu.

Diphenylhidantoinatul de Na a fost introdus în Statele Unite sub numele de *Dilantin*.

Un mare număr de autori au publicat în toate țările rezultatele bune obținute cu acest tratament.

Blair, Bailey și Mc. Gregor, Merritt și Puttnam, Steel și Smith, Kimbal, Williams, Hodgson și Reese, Mc. Cartan și Carson, Davidson, Buter, Myerson, Gerg Lundin, H. Pagniez, Baudoin, Domenico Zanello, K. Gyrfas și B. Harany-Hechst, H. Mandelbaum și L. J. Kane, T. Von. Lehas și Dobos, Horan, Pratt, Swostach, M. Berguignan.

Compoziție: Diphenylhidantoinatul de sodiu este un derivat al phenyletylglycolilureei (acidul glicolil-carbamidic) spre deosebire de luminal care este phenyletylmaloniluree. Deci noua substanță medicamentoasă este destul de apropiată de barbiturice.

Este o substanță ce se prezintă în pulbere albă inodoră, amară la gust, solubilă în apă, puțin solubilă în alcool, insolubilă în benzen și ether, solubilă în baze.

Soluția apoasă este alcalină și are un P. H. de 11,7.

S'au făcut numeroase preparate farmaceutice cu bază de diphenylhidantoină. Astfel în *Statele Unite*, produsul este denumit Dilantin, în *Anglia* preparatul *Epanutin*, în *Suedia* Epiphenyl, în *Italia* (Dintoin), în *Germania* Zentropil (Nordmark).

Posologie: Merritt și Puttnam, încep a da 0,30 Ctg. diphenylhidantoinat de sodiu la adulți și la copii de peste 6 ani, (de trei ori pe zi câte 0,10 ctg.). Se poate da cu ușurință până la 0,60 ctg. zilnic. Mărirea dozei de diphenylhidantoinat de sodiu peste 0,60 ctg. se poate efectua după toleranța bolnavului. Copii sub 6 ani și sugarii încep cu 0,10 ctg. zilnic.

Baudouin administrează bolnavilor săi 0,30-050 ctg. zilnic și ceilalți autori dau cantități similare.

Pentru a se evita turburările gastrice de intoleranță (greață, vărsături, diaree, etc.), ce se pot produce uneori, se administrează medicamentul la masă. Dar atunci când se înlocuiește luminalul cu diphenylhidantoinat de sodiu trebuie suprimat primul medicament în mod gradat și înlocuit în același timp cu doze crescând de Dilantin. Se poate utiliza diphenylhidantoinatul ca și luminalul pentru tratamente speciale, se dă în anumite epoci (epilepsie catamenială), în anumite ore ale zilei (accese nocturne).

Apariția unor mici semne de intoleranță ca tremurături, diplopie ușoară, ataxie, iritabilitate, comandă o scădere a dozei dar apariția de fenomene grave de intoleranță, eritem, dermatită, purpură, gingivită, anemii, comandă o întrerupere imediată a tratamentului fiind contra-indicată utilizarea sa mai departe.

Totuși apariția unui eritem scarlatiniform sau morbiliform între a 8-a și a 11-a zi nu este de o gravitate mare și nu contra-indică de obicei *întreruperea* tratamentului. În astfel de cazuri mărirea dozelor se va face la intervale de 6-8 zile. (Merritt și Puttnam).

Nu s'a observat niciun caz mortal de intoxicație după medicament până în prezent. Dar nu trebuie uitat că acest medicament se dă la bolnavi care au luat ani de-a rândul barbiturice și care prezintă unele fenomene de intoleranță din cauza acestui uz îndelungat de barbiturice.

Marea majoritate a autorilor sunt de acord în a recunoaște eficacitatea diphenylhidantoinatului de sodiu, asupra acceselor comițiale. Dar pe când unii văd în această medicație un tratament superior barbituricilor, alții o consideră fie ca adjuvantă a terapiei prin barbiturice, fie indicată numai în anumite cazuri.

La spitalul central de boli mintale și nervoase din București se internează anual un număr foarte însemnat de bolnavi epileptici, cărora în marea lor majoritate li se fixează doza zilnică de luminal, pe care continuă să o ia după ce au plecat din spital.

Cazurile de epilepsie gravă unde nu se obține o supresiune a acceselor cu toate dozele mari de luminal

sunt extrem de rare, aceasta constituie însă cel mai bun mijloc pentru verificarea unei metode de tratament a epilepsiei.

Am administrat diphenylhidantoinat de sodiu la 22 de bolnavi suferind de epilepsie gravă la care doza de 0,30 și chiar de 0,40 și 0,50 ctg. luminal zilnic (fracționat) nu ducea la o supresiune a acceselor. La toți acești bolnavi afecțiunea data de cel puțin 5-6 ani, și se întovărășea de modificări psihice foarte marcate. S'a notat în tot timpul internării acestor bolnavi numărul acceselor ce surveneau cu toate dozele de luminal ce li se administra.

Am obținut următoarele rezultate globale pe cei 22 de bolnavi epileptici tratați cu diphenylhidantoinat de Sodiu.

18 *suprimări complete ale acceselor* (82%).

4 *diminuări marcate ale numărului de accese* (18%).

Din numărul celor 18 bolnavi de epilepsie gravă: 2 prezentau accese zilnice la 0,40 ctg luminal, 2 prezentau în medie 15 accese pe lună la 0,40 ctg luminal, 4 în medie 10 accese pe lună la 0,30 ctg luminal, 14 în medie 5 accese pe lună la 0,30 ctg. luminal.

După cum se vede toate cazurile noastre luau o cantitate destul de mare de barbiturice, fracționate, fără ca prin aceasta să se obțină o suprimare totală a acceselor convulsive.

S'au administrat cantități de diphenylhidantoinat de Na variind între 0,10 ctg. și 0,60. În ceea ce privește cantitatea de medicament în raport cu doza de luminal anterioară, la un număr de 5 bolnavi epileptici o cantitate egală în centigrame de phenylhidantoinat de sodiu cu cea de luminal pe care o luau anterior a fost suficientă pentru jugularea acceselor.

Într'un singur caz am avut nevoie de o cantitate mai mică de diphenylhidantoinat spre a opri complet accesele.

În cea mai mare parte a cazurilor (16) am utilizat cantități cu 0,10-0,20 ctg. de diphenylhidantoinat de Na mai mari decât cele de luminal. Astfel în genere nu am utilizat dozele de diphenylhidantoinat de Na pe care le utilizează autorii citați mai sus întru cât numai într'un singur caz am administrat 0,60 ctg. de substanță. Medicamentul a fost luat fracționat în cursul zilei 3, 4 sau 5 prize întocmai ca și luminalul întru cât din experiența ce am căpătat-o credem că această metodă e cu mult mai eficace, decât cea a unei singure prize. În 4 cazuri nu am obținut o supresiune completă a acceselor, dar am avut totuși o diminuare notabilă a numărului de accese și mai ales o modificare dramatică a stării psihice a bolnavilor. Era vorba de 2 bolnavi care făceau accese în medie 15 accese pe lună, și de 2 bolnavi care făceau 5 accese pe lună. Se știe de altminteren că rezistența la tratamentul bar-

Produse „Ufarom“ fost Egger Cluj-București

**Noua terapie specifică a tuturor
infecțiilor strepto-stafilococice cu**

Septamid Sulfamidă albă.

tabl. în tub de 10 à 0.30
" " " " 20 à 0.30
" " borcane " 100 à 0.30

Medicațiune chimico-terapică din grupul P. Aminophenylsulfonamid lipsit total de fenomene toxice, chiar după administrare mai îndelungată.

Beneurin, vitamina B₁

mitte injecții 3 fiole de 1 cc à 5 mgr
forte " 3 " " 1 cc à 25 mgr

cristalizată, chimic pură. $C_{12}H_{17}OSClHCl$. Preparat conținând vitamina B₁, **vitamina antinevritică.**

INDICAȚIUNI: Vitamina B₁, fiind neurotropă are indicațiuni foarte variate în nevrite de orice origine și localizare, și polynevrite cu turburări spastice și paralitice etc.

C e v a l Vitamina C.

injecții 10/1 ccm 0.05
" 5/2 ccm 0.10
" 3/5 ccm 0.50

INDICAT: Este un preparat de acid ascorbic chimic pur. In toate cazurile unde se constată o insuficiență a vitaminei C.

H e p a c i t Extract de ficat și mucoasă stomacală.

injecții de 2 cmc

Extrem de activ și perfectă tolerabilitate. Ameliorează rapid starea generală, iar numărul globulelor roșii și indicele hemoglobinic crește chiar dela începutul tratamentului.

INDICAT: în anemii secundare provocate de hemoragii, anemie pernicioasă, anemii consecutive maladiilor infecțioase. Protejează celulele hepatice, evită șocul operator etc., etc. Se administrează în injecții intramusculare.

Eșantioane medicale și literatură:

Laboratorul Farm. V. G. CIOCOIU
București, str. Matei Voevod Nr. 35 - Telefon 3.88-97



ANTISCORBIN

(Vitamina „C“)

Injectii — Tablete

MEDICAȚIA VITAMINEI „C“

A R S O T A L

Dragée

ANEMIE ȘI DEBILITATE
GENERALĂ

CALCIUM HYGEA

(Calcium gluconat 10%)

Injectii 5 cmc. — 10 cmc.

MEDICAȚIE CALCICĂ
(Decalcifieri—Hemoragii—Pneumonie
Tbc.)

PULMOROBIN

Sirop

BOLI PULMONARE
(Tuberculoză—Bronșite—Cathar)

S U L F A Z O L

Tablete

Chlorhydrat de sulfamido
chrisoidină și p-aminobenzen-
sulfamidă (2 : 1)

SEPTICEMII
(Preventiv în infecțiunile puerperale,
boli infecțioase)

TONICUM HYGEA

Sirop

MEDICAȚIUNE
RECONSTITUANTĂ
(Anemie—Astenie—Reconvalescență
—Fortifiant celular)

FABRICA HYGEA-CLUJ S. A. R. BUCUREȘTI
SPLAIUL URIBII 127 **TELEFON 4-22-44**

bituric nu este proporțională cu numărul acceselor, astfel că bolnavi care fac accese rare pot totuși avea nevoie de doze extrem de mari de luminal.

În ceea ce privește eficacitatea diphenylhidantoinatului de sodiu, asupra bolnavilor noștri în epilepsia gravă, datând de mult și oarecum puțin influențată de luminal trebuie să arătăm că ceilalți bolnavi epileptici din serviciul spitalului, ne reproșau uneori în mod violent, faptul că nu le aplicăm și lor același tratament care duce la supresiunea acceselor la bolnavii tratați.

Diphenylhidantoinatul de Na pare să aibă o acțiune foarte netă asupra acceselor convulsive, epileptice, superioară la bolnavii noștri aceleia a luminalului. Faptul trebuie să-l punem pe seama valorilor terapeutice a medicamentului dar nu putem neglija nici factorul obișnuit ce se instalează efectiv, pentru una din cele 2 acțiuni ale barbituricelor (narcotică și anticonvulsivantă) la o serie de epileptici vechi. Pe de altă parte este posibil ca numai la unii bolnavi, la care barbituricile nu dau rezultate complete diphenylhidantoinatul să producă efecte optime.

Acțiunea cea mai favorabilă a diphenylhidantoinatului de sodiu, și aici ni se pare că stă superioritatea sa față de luminal, este efectul său asupra stării mintale a epilepticilor și asupra turburărilor mintale legate de acces. Astfel bolnavii noștri din care mare parte erau violenți, impulsivi, obstinați, opoziționiști, iritabili, lenți, asthenici, în fine prezentau o mare viscozitate psihică, au devenit sub influența diphenylhidantoinatului de Na vioi, capabili de muncă, mult mai rapizi în idee și în vorbire, ascultători și cu un comportament normal.

Faptul acesta era extrem de frapant chiar pentru bolnavi însăși care ne-au afirmat de multe ori satisfacția ce o au de a se simți mai „limpezi” mai „vioi” dar mai ales mai puțini somnolenți.

Deși am început a da diphenylhidantoinatul de sodiu înlocuind luminalul în mod progresiv, am avut în primele zile ale acestei înlocuiri o serie de accese epileptice la bolnavii noștri.

Dintre aceștia 3 prezentau stări de agitație violentă și impulsivă după accesul convulsiv atunci când aveau crize în cursul administrării de luminal. Ori atunci când li sa dat luminal și diphenylhidantoinat de sodiu în doze mici au avut accese convulsive fără nici o stare crepusculară cu violență și au redevenit conștienți după câțva timp. Deasemenea una din bolnave prezenta o aură psihică ce consta dintr-o anxietate difuză pronunțată. La această bolnavă i sa administrat la început luminal și diphenylhidantoinat de sodiu în doze mici, și a avut o serie de accese convulsive fără aura psihică ce o întovărășa întotdeauna accesele atunci când era tratată cu luminal.

Intocmai ca și luminalul diphenylhidantoinatul de sodiu, poate modifica aspectul și caracterele manifestărilor comițiale și la cei 4 bolnavi unde nu am putut suprima complet accesele, am observat echivalențe motorii sau psihice (absențe).

Faptul ni se pare cu atât mai demn de remarcat cu cât acțiunea diphenylhidantoinatului este extrem de pronunțată în manifestările psihice legate de accese și în special în absențe.

Toxicitatea diphenylhidantoinatului de sodiu este însă reală și dintre bolnavele noastre:

Două au avut stări febrile ce au dispărut odată cu supresiunea medicamentului;

Una a avut vărsături și grețuri cu cefalee ce a dispărut;

Una a avut o erupție morbiliformă.

Trebuie să arătăm însă că această intoleranță nu este un fenomen prea grav întru cât la cei doi bolnavi care au avut stări febrile continuând administrarea de diphenylhidantoinat, după ce o suprimasem pentru câțva timp, am văzut dispariția acestor turburări de intoleranță. Astfel că au putut continua acest tratament.

Tot astfel s'a întâmplat și în cazul bolnavului cu erupție morbiliformă.

Nu am utilizat după cum s'a preconizat, Thio-sulfat de sodiu pentru a diminua toxicitatea medicamentului.

În 3 cazuri a apărut în primele zile de administrare ale medicamentului turburări mintale pe care le-am pus pe seama intoleranței la început. Însă examinând aceste stări, două sindroame confuzionale și un sindrom de excitație maniacă, am fost frapați de caracterele de violență și de impulsivitate prezentate de aceste bolnave, precum și de explozivitatea ce colora aceste sindroame.

În ipoteza că turburările psihice de confuzie și de excitație maniacă sunt manifestări psihotice epileptice degradate, echivalente acceselor, am crescut doza de diphenylhidantoinat de sodiu cu 0,10-0,20 ctg. și în toate cele 3 cazuri sindroamele psihice au dispărut complet, bolnavii urmând apoi, fără alte fenomene de intoleranță, tratamentul.

Trebuie să arătăm pentru a termina, avantajile terapiei cu diphenylhidantoinat de sodiu, în epilepsie comparativ cu barbituricile. Acestea par a fi:

1. Acțiunea mai mare asupra echivalențelor psihice.
2. Acțiunea manifestată asupra stării mintale a epilepticilor.
3. Eficacitate marcată în cazurile când luminalul nu a jucat accesele.
4. Lipsa efectului hipnotic al barbituricilor cu păstrarea întregii capacități de muncă a bolnavului.

Diphenylhidantoinatul preîntă însă o toxicitate mai mare decât luminalul și decât celelalte barbiturice;

de aceea administrarea sa trebuie să fie extrem de prudentă și sub observația continuă a medicului.

Pe de altă parte turburări psihice echivalente de gradate ale acceselor comițiale pot apare în cursul tratamentului astfel că administrarea diphenylhidantoinatului trebuie să fie și din acest punct de vedere supravegheată la început într'un spital de specialitate.

În rezumat tratând 22 bolnavi cu forme grave de epilepsie, care nu beneficiaseră într'un mod marcat de tratamentul prin barbiturice am putut constata dispariția acceselor convulsive în 18 (82%) din cazuri după administrarea de dyphenylhidantoinat de sodiu.

Acest medicament poate da fie fenomene toxice, care însă nu par extrem de grave, fie stări psihotice care ni s'au părut că pot fi interpretate ca forme de gradate și echivalente psihice comițiale întru cât au dispărut când am crescut dozele.

De aceea este de recomandat ca diphenylhidantoinatul de sodiu să nu fie administrate în primele săptămâni

de tratament decât sub o continuă observație medicală, el neputând însă în niciun caz fi încredințat bolnavilor spre a urma un tratament de durată fără a fi supravegheați.

De asemenea reiese că eficacitatea maximă a diphenylhidantoinatului apare în formele rezistente la tratamentul cu luminal al epilepsiei, iar acțiunea sa asupra stării mintale a epilepticilor și asupra turburărilor mintale legate de accese îl fac un medicament foarte prețios în epilepsie.

Intr'adevăr capacitatea de muncă a bolnavului este mult sporită, iar pe de altă parte turburările de caracter care impun spitalizarea unei categorii de comițiali par a fi mult influențate în bine.

Astfel că din punctul de vedere al asistenței medicale sociale al epilepticilor, diphenylhidantoinatul de sodiu capătă o deosebită valoare.

Medicină preventivă

Cercetări în legătură cu două epidemii de febră tifoidă produsă prin infecție de sol

de

Dr. T. Turcu

Dr. N. Maier

Dr. Alimăneștianu-Adam

Printre bolile contagioase care bântuie în România desigur că febra tifoidă ocupă și astăzi un loc de seamă. Alături de celelalte boli infecțioase intestinale, răspândirea ei este strâns legată de condițiunile insalubre ale mediului fizic extern.

O largă înțelegere și competență în problemele de sănătate publică, și mai ales o trainică legiuire sanitară a dus la înlăturarea acestor condiții în unele state apusene, așa încât frecvența febrei tifoide a putut fi cu timpul considerabil redusă. Acolo se vorbește astăzi de febra tifoidă „reziduală” sau de o curbă normală a febrei tifoide, care recunoaște în originea ei, nu apă sau solul infectat prin dejecte, ci în bolnavii născuți din contactul direct sau indirect prin diferite alimente și în special lapte. Curba acestei febre tifoide „reziduală” o formează cazurile endemice, care nu prezintă accentuări decât în epocile favorabile infecției, cu alte cuvinte vara și toamna. Acest aspect se repetă cu regularitate an de an, spre deosebire de curba neregulată din colectivitățile în care predomină cu precădere efectul insalubrității.

Desigur că la noi nu poate fi vorba de o febră tifoidă „reziduală”: epidemiile colectivităților noastre mai mici sau mai mari precum și originea diferită a

lor, fac ca febra tifoidă la noi să aibă aproape permanent caracterul *endemo-epidemic*.

În cadrul problemelor de organizare sanitară preconizate de Institutul nostru, într'un număr anterior din Buletinul Eugenic și Biopolitic¹⁾ s'au fixat în linii mari, factorii principali cari trebuie să ne călăuzească în cursul unei anchete sanitare. În cele ce urmează credem util a ilustra și mai mult prin exemplul ce le oferă destul de des terenul, importanța stabilirii acestor factori, mai ales pentru a ști alege și grupa mijloacele de combatere cele mai eficace.

Insistăm în primul loc, nu pentru că epidemiile pe care le vom descrie mai jos depășesc cadrul comun al cunoașterii ci faptul că suntem rău obișnuiți să limităm acțiunea noastră de combatere, la simpla constatare clinică a îmbolnăvirii, la declararea ei, la măsuri de izolare și desinfecție parțială, la o acțiune de prevenire prin vaccinare ocazională.

Insistăm pentru că nu omul bolnav este singurul izvor de infecțiune cum se obișnuiește a se crede, ci foarte adeseori indivizi sănătoși, purtători și excretori

¹⁾ Dr. I. Ardeleanu. Ancheta Epidemiologică Bul. Eug. și Biopolitic Nr. 5-8 din 1942.

de germenii — surse active și mobile în împrăștierea infecțiunii, care scapă aproape totdeauna investigațiilor noastre obișnuite.

Nu este suficient de a ne opri numai la cazurile de infecțiuni constatate clinic la un moment dat, ci este absolut necesar de a căuta proveniența lor, de a depista izvoarele lor anterioare și de a urmări căile lor de propagare, pentru a putea lua măsuri contra lor și pentru a opri mersul epidemiei în care îmbolnăvirile constatate sunt foarte adesea simple accidente neprevăzute.

Manifestările tifice în care purtătorii și excretorii de bacili sunt capabili de a provoca recrudescențe epidemice însemnate, pot evalua sub forme diferite.

Asistăm astfel foarte adeseori la cazuri *sporadice*, care apar pe alocurea, se eșalonează în timp, se succed în cursul lunilor și chiar a anilor, lăsând impresia că evaluează independent unele de altele, până când un observator atent vine și arată legătura indiscutabilă ce există între ele. Această legătură se rezumă în existența unui focar „*inițial*” generator de infecțiune în persoana purtătorului sau excretorului în jurul cărora ele gravitează.

Asemenea contaminări cuprind de obicei un cerc de cazuri în apropierea purtătorului sau excretorului care le-a dat naștere. Ele debutează determinând focare familiale, focare de casă, de azil, de cazarmă, de campanie etc. La un moment dat acest focar constituit, poate fi mult mai întins și vom putea asista astfel la focare de cartier, cuprinzând un grup întreg de case, sau la țară, o parte limitată a satului.

În astfel de condițiuni febră-tifoidă reapare constant după perioade lungi de acalmie creînd adevărate „*cuiburi de infecție tifică*”, care evoluează pe loc dacă purtătorul sau excretorul rămâne sedentar, sau migrează cu el în toate deplasările lui ulterioare.

Acest ansamblu de infecțiuni apare în realitate cu o alură *endemică*, explicabilă prin caracterul permanent și continuu în apariția de cazuri sporadice, născute din o durată lungă în eliminarea bacilului infectant de către purtătorii și excretorii de germenii. Pe aceste așa zise stări endemice se pot grea după împrejurări, epidemii secundare, realizând astfel într-o regiune dată o veritabilă stare *endemo-epidemică*.

În al doilea loc purtătorii și excretorii de bacili, pot provoca și nu prea rar, *veritabile epidemii de febră-tifoidă*, asemănătoare ca aspect cu acelea provocate de îmbolnăvirile clasice.

Asistăm astfel la infecțiuni simultane care cuprind un grup de persoane, contaminate brusc din o sursă comună urmând diferite căi de infecțiune (lapte, sol, apă etc.) Aceste epidemii pot da naștere unui singur puseu epidemic, care se stinge rapid, sau ele apar în puseuri succesive, care corespund exact cu răspândirea

intermitentă a germenului infectant. În mod obișnuit infecțiunea rămâne limitată în grupul respectiv surprins de epidemie — dar poate tot așa de bine să se întindă la distanță, prin multiplele căi de infecțiune la care se pretează admirabil febră-tifoidă. Se crează astfel focare secundare puncte de plecare de noi epidemii, strâns legate în realitate de focarul inițial.

Iată ancheta epidemiologică în două epidemii de febră-tifoidă recent observate de Institutul nostru. Aceste două epidemii dovedesc cu prisosință cele afirmate mai sus: două ocazii în care dacă ne-am fi limitat numai la așa numitele „*măsuri de rigoare*” (izolare, carantină, vaccinare etc.) neglijând în același timp depistarea izvorului și căii de infecțiune, desigur că evoluția lor ulterioară ar fi fost cu totul alta.

La 25 Februarie 1942, se cazează pe terenul comunei „R” într'un pavilion nou construit o unitate cu efectiv numeros și întreg personalul necesar pentru instrucție și administrație.

Începând cu data de 13 Martie același an să semnalează în această comunitate o epidemie de febră-tifoidă cu apariția de cazuri aproape zilnică și cu o repartitie difuză a lor, pe toate cele 5 dormitoare existente. În prima jumătate a lunii Aprilie (dată la care epidemia ajunge la cunoștința noastră) totalul îmbolnăvirilor se cifrează la 60 cazuri confirmate clinic și 8 decese. Epidemia prezenta deci toate simptomele unei evoluții grave, mai ales că măsurile de profilaxie aplicate în plin debut nu păreau să aibă nici pe departe efectul dorit.

În fața acestei situații Institutul nostru află de necesar să se deplaseze pe teren la data de 12 Aprilie 1942, cu misiunea precisă de a confirma etiologia cazurilor declarate, de a depista izvorul și calea de infecțiune și de a indica toate măsurile de profilaxie conforme cu rezultatul investigațiilor dela fața locului.

Cu această ocaziune se constată următoarele:

1. În această unitate nu se cunosc cazuri de febră tifoidă din anul 1932, când o mică epidemie a putut fi repede localizată și stinsă.

2. În comuna „R” atât în prezent cât și în ultimii 3 ani n'au survenit cazuri de febră-tifoidă, ultima epidemie (cu trei cazuri într-o familie) fiind semnalată în anul 1938, epidemia respectivă fiind importată la acea dată, din nordul Transilvaniei. Familia în cauză locuiește la o distanță apreciabilă de locul unității noastre.

3. Aprovizionarea cu apă este comună cu aceia a populației civile din jur. Cu toate că această populație este nevaccinată antitifo-paratific nu se pot semala nici în trecut și nici în prezent cazuri de febră-tifoidă. De altfel calitatea bacteriologică și chimică a apei elimină orice bănuială.

4. Lipsa cazurilor de febră-tifoidă, la populația din jurul cazarmii, analiza bacteriologică a apei, fac ca po-

sibilitatea unei etiologii hidrice a epidemiei să fie delat început abandonată.

Odată eliminați acești factori foarte probabili în etiologia unei epidemii de febră-tifoidă, se impune concluzia logică, că epidemia respectivă nu cuprinde *decât exclusiv*, comunitatea respectivă, cu intervenția posibilă a altor factori epidemiologici și deci toate investigațiile noastre imediate vor trebui să se îndrepte în această direcție.

Cazarea se face într-o singură clădire nouă, cu două etaje în dormitoare cu paturi individuale și unul cu paturi comune — igiena dormitoarelor bine întreținută.

Fiecare dormitor are spălător propriu, cu cuve montate la o rețea de apeduct și canal.

În lipsa apei și a canalizării exterioare apeductul și canalul nu funcționează, spălarea individuală făcându-se cu apă din fântână adusă cu ciubere, apa întrebuințată îndepărtându-se în acelaș fel.

Tot din lipsă de apă și canalizare, unitatea se folosește de o latrină de tranșee săpată în curtea localului sub o formă de mai multe șanțuri, fiecare șanț îngrădit separat. *Întreaga suprafața îngrădită se găsește în condițiuni extrem de insalubre, fiind complet murdărită; murdăria fiind apoi vehiculată prin picioarele ostașilor în întreg cuprinsul localului (curte, edificii etc.)*

Aprovizionarea cu alimente se face din altă locație (indemnă de febră-tifoidă) prin artelnicii unității respective.

Bucătăria improvizată se găsește situată în curte la aproximativ 20-30 m. de latrină și câțiva pași de infirmerie, personalul ei fiind format din oameni mai în vârstă, special folosiți numai pentru această îndelnicire.

Primul caz de febră tifoidă în sânul unității se declară în ziua de 13 Martie 1942, când primul individ febril se internează, în infirmeria unității. Delat această dată și până în 20 Aprilie se mai declară încă 60 cazuri noi, confirmate în scurt timp de laboratorul nostru astfel.

13 cazuri prin R Widal

3 „ „ Hemocultură și Widal

11 „ „ Coprocultură

33 „ „ Confirmare clinică.

Succesiunea noilor îmbolnăviri delat data debutului epidemiei și până în 20 Aprilie, este zilnică și distribuită difuz pe toate cele 5 dormitoare existente.

Primele infecțiuni declarându-se la 2-3 săptămâni după sosirea unității în comuna respectivă, epidemia fiind localizată strict în sânul ei, iar posibilitatea unei etiologii hidrice fiind eliminată delat început, *se bănuiește ca izvor probabil de infecție eventuale excretori sau purtători de germeni sănătoși delat care în*

urma condițiunilor igienice cu totul insalubre infecțiunea s'ar putea răspândi masiv între membrii unității respective.

În acest scop se întreprind cercetări în aceeași zi între bucătari, artelnici, și alte persoane de contact, rezultându-se la prima deplasare 36 probe de materii fecale delat persoanele amintite.

La analiza bacteriologică acestor probe s'a reușit izolarea baciului tific la 5 indivizi dintre care, 2 persoane de contact, foști bolnavi de febră tifoidă, ambii în anul 1941, 1 persoană de contact sănătoasă, 1 infirmier, 1 bucătar.

În fața acestor rezultate pozitive se cereau desigur noi investigații pe teren și într'adevăr s'a putut stabili cu această nouă ocazie că primele două persoane de contact amintite, foști bolnavi de febră tifoidă, deveniți apoi excretori cronici de bacili, au suferit în tot timpul cazării cât și înaintea incorporării lor de incontinență nocturnă de fecale și urină, iar restul de 3 purtători sănătoși de diaree. Noi analize coprologice au mai descoperit încă 6 purtători de germeni sănătoși.

Diagnosticul epidemiologic. În urma anchetei sanitare pe teren, în urma analizelor de laborator prin care s'a reușit depistarea excretorilor și purtătorilor de germeni, se recunoaște ca *izvor inițial de infecțiune* excretorii și purtătorii de bacili sănătoși, la care date fiind condițiunile cu totul insalubre, infecțiunea s'a răspândit în timp foarte scurt în întreaga unitate. La această răspândire rapidă și intensă a contribuit de sigur pe lângă contact în primul rând *infecția solului pornită din jurul latrinei* și vehiculată pe întreg cuprinsul localului, apoi apa de spălat folosită aceeași totdeauna de mai mulți oameni, și în fine bucătarul dovedit purtător sănătos de bacili tifici.

Prin măsurile de profilaxie prompt aplicate, prin eliminarea izvorului inițial de infecțiune, prin drastice măsuri de salubritate aplicate căilor de infecțiune, s'a reușit jugularea epidemiei propriu zise, ultimul bolnav fiind izolat în spital la data de 12 Mai 1942.

De sigur că investigațiunile noastre nu s'au limitat numai la cele descrise, s'au făcut numeroase cercetări și investigații cu scopul de a urmări evoluția ulterioară a epidemiei, depistarea eventualelor noi îmbolnăviri și înfășurit cu scopul de a urmări eliminarea baciului tific atât la excretorii și purtătorii descoperiți de noi anterior, cât și a foștilor bolnavi găsiți în convalescență.

La data de 5 Iunie 1942, se ridică carantina deasupra unității noastre, atrăgându-se în același timp atenția celor în drept, asupra perzistenței izvorului de infecțiune reprezentat prin excretorii și purtătorii noi și vechi, pentru care s'a impus delat început o izolare eficace și un riguros control bacteriologic (periodic) singurul indicator precis în eliminarea și diseminarea

Hormonul lactației

pentru prima oară introdus în terapie
prin

Suppletan-Salbe

bazat pe faptul că aplicația locală percutană
este cel mai favorabil mod de întrebuințare
pentru acest hormon.

Indicațiuni: agalactie hormonală, încetarea
timpurie a secreției lactate.

Forma de prezentare: tub. orig. cu 20 g.



C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H.
Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România:

Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.



OESTROMENIN

preparatul sintetic cu acțiunea hormonului folicular (dioxidietilstilben) permite o terapie foarte economică a turburărilor ovariene. O formă de întrebuințare deosebit de avantajoasă și priincioasă o găsim în picăturile de Oestromenin, o soluție de 0,035%, a cărei dozare se acomodează ușor trebuinței individuale de hormoni. Afară de picăturile de Oestromenin (sticlă picătoare cu 20 cmc) se găsesc în comerț tablete à 1 mg (ambalaj cu 20 bucăți), fiole cu 1 și 3 mg (ambalaje cu câte 5 bucăți) precum și pomadă de 0,1% (tub cu cca. 20 gr.)

DARMSTADT — FABRICĂ DE PRODUSE CHIMICE — FONDATA 1827

Reprezentanța: Chimiroman, București I, Str. T. G. Masaryk 32

bacilului tific cu toate consecințele epidemiologice ulterioare.

* * *

Întâmplarea face ca în același timp și în condițiuni aproape identice să apară la un moment dat o epidemie de febră tifoidă într-o altă unitate, cantonată mai de multă vreme în localul său propriu din comuna „V” situată pe malul Jiului.

Deplasându-ne în ziua de 12 Aprilie 1942, pentru o orientare preliminară și pentru recoltarea materialului necesar confirmării de laborator, găsim internați în Spitalul Asigurărilor Sociale din localitate, 12 bolnavi cu diagnosticul clinic de febră tifoidă. Primul caz apare la data de 16 Martie 1942, și sucombă la 2 Aprilie confirmându-i-se diagnosticul de febră tifoidă prin autopsie anatomo-patologică executată de medicul unității respective. Numărul total al infecțiilor se ridică în scurtă vreme la 35 de cazuri confirmate clinic și prin laborator, înregistrându-se în același timp încă 6 decese.

Din primul moment investigațiunile noastre au fost îndreptate spre stabilirea condițiunilor epidemiologice care au putut contribui la declanșarea epidemiei actuale și în special asupra factorilor care au dus la întreținerea ei ulterioară.

Iată primele noastre constatări:

1. Unitatea mai sus amintită are un efectiv destul de numeros, repartizat pe 6 subunități, 4 din acestea fiind cantonate în pavilioanele localului de pe malul Jiului, iar celelalte două (din lipsă de spațiu) într'un local din comună, situat la un kilometru și jumătate de primele.

Starea sanitară a pavilioanelor este corespunzătoare.

2. Aprovizionarea cu alimente este locală și aceeași pentru întreg efectivul existent, inclusiv pentru acela care se găsește cantonat pe malurile Jiului.

3. Aprovizionarea cu apă se face printr'o rețea de apeduct comună cu aceea a populației locale, sursa de apă fiind situată în munte, la o distanță apreciabilă de oraș.

4. Îndepărtarea dejectelor și a murdăriilor din pavilioanele și anexele localului se face printr'un sistem de canal ce parcurge întreaga curte, colectând în același timp și apa a trei pârae ce străbat în lung comuna, și care pârae au orificiul de scurgere în curtea localului amintit.

5. Cercetând eventualitatea unei epidemii anterioare de febră tifoidă, s'a putut stabili împreună cu medicii oficiali din localitate, că atât unitatea cât și populația orașului și a comunelor din jur, au fost indemne de asemenea infecțiuni atât în trecutul apropiat cât și în decursul celor 5 ani din urmă.

6. Imbolnăvirile semnalate până la această dată, provin exclusiv din cele 4 formații cantonate pe malul

Jiului, ele apărând agroape zilnic, cu o distribuție difuză pe toate dormitoarele formațiilor respective.

Caracterul explosiv al epidemiei ne-a determinat pentru un moment să ne gândim la eventualitatea unei etiologii hidrice sau alimentare, la care adăugându-se contactul direct s'ar fi putut întreține și accentua epidemia declarată.

Această ipoteză a trebuit totuși abandonată din următoarele motive:

Aprovizionarea cu alimente fiind comună pentru toate cele 6 formații, care compun unitatea, în eventualitatea unei atari etiologii trebuia ca *întreaga unitate să fie cuprinsă de epidemie*: ori cele două formații cantonate în oraș au fost găsite indemne de infecțiune - epidemia actuală interesând exclusiv efectivul celor 4 formații cantonate pe malul Jiului.

Sursa de apă comună cu aceea a populației civile, existența unei instalații de apeduct în bună stare, analiza bacteriologică a apei din local, și în sfârșit lipsa imbolnăvirilor din populația civilă, face ca și această posibilitate să fie dela început eliminată.

Evoluția gravă a epidemiei, ineficacitatea evidentă a măsurilor de profilaxie aplicate până în prezent, lipsa factorilor epidemiologici care au putut declanșa și întreține epidemia, ne-a determinat să facem o a doua depalsare pentru noi cercetări și investigații atât între persoanele sănătoase de contact cât și pentru o nouă revizuire a condițiunilor de igienă colectivă.

Cu această nouă ocazie am găsit următoarea situație.

20 bolnavi izolați în spital.

16 convalescenți.

9 suspecti izolați în spital.

3 suspecti izolați în infirmeria batalionului.

7 morți.

Între persoanele sănătoase de contact se identifică prin examene de laborator (completate de această dată cu minuțioasă anamneză la fața locului):

2 *excretori de germeni foști bolnavi* de febră tifoidă, unul în anul 1940, iar celălalt în anul 1941.

10 *purtători de germeni sănătoși*, toți proveniți din județele Dolj, Mehedinți și Hunedoara, vechi și cunoscute focare endemice de febră tifoidă.

La o cercetare amănunțită a sistemului de îndepărtarea dejectelor, pentru fiecare pavilion în parte (în aparență perfect construit) se observă că unul dintre pavilioane (Nr. 1) are un canal propriu de scurgere care *se varsă liber în albia uscată a Jiului*, - la o distanță minimă de 25 m. de corpul casei respective. Restul de 4 pavilioane (III, V, VII și IX) au canal colector comun care se varsă în *aceleași condițiuni* la o depărtare de aproximativ 150 m. de localul propriu zis, după ce a adunat în prealabil și apa celor trei pârae amintite.

Pentru pavilioanele de administrație și atelierelor situate în aceeași curte (II, IV și VI) și care nu au un canal de scurgere propriu, evacuarea materiilor fecale se face cu haznale de lemn și apoi depuse pe albia uscată a Jiului, nu departe de curtea localului în cauză. *In același loc și prin aceleași mijloace se face îndepărtarea materiilor fecale de către populația civilă din localitate.* (Fig. 1).

purtătorilor de bacili tifici, ne-a îndreptățit să stabilim cu certitudine că izvorul de infecțiune *se găsește între membrii unității respective*. Eliminarea masivă a agentului patogen și îndepărtarea defectuoasă a materiilor fecale a dus la contaminarea albiei Jiului pe toată întinderea din fața localului. Albia Jiului fiind zilnic călcată și răscolită de numeroșii oameni -- face ca agentul patogen să fie din nou readus în sânul unității, pro-

EPIDEMIA DE FEBRĂ TIFOIDĂ DIN „V.”

MAI 1942

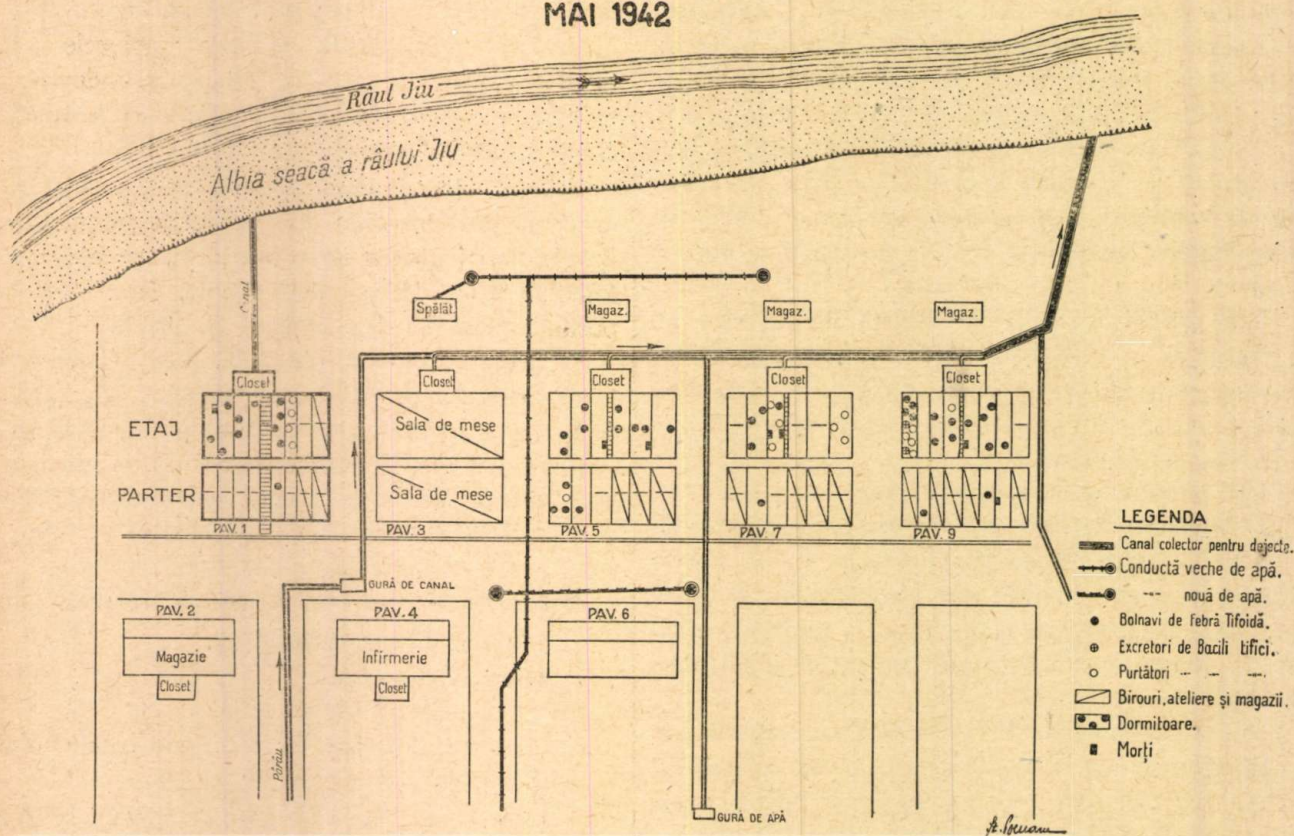


FIG. 1

Odată cu sosirea primăverii și topirea zăpezii (nu multe zile înaintea izbucnirii epidemiei) întreagă albia Jiului din fața localului a fost zilnic utilizată pentru instrucția oamenilor unității, iar pământul și prundișul răscolit și cărat în curtea localului pentru construcții de trotuare și amenajarea grupurilor de flori.

În aceste împrejurări cu totul insalubre, la care s'a mai adăugat apoi prezența bacililor tifici eliminați de excretorii și purtătorii descoperiți de noi, întreagă albia Jiului este intens contaminată creîndu-se astfel un izvor masiv și permanent de infecție de sol, zilnic vehiculată în interiorul localului de membrii unității (prin picioare, mâini, etc.) în felul celor amintite anterior.

Diagnosticul epidemiologic. Localizarea unică a epidemiei de febră tifoidă în cele 4 pavilioane situate pe malul Jiului, depistarea la timp a excretorilor și

ducând în acest fel o epidemie masivă *prin infecție de sol*. Ulterior izvorul de infecțiune se accentuează prin noi purtători creați de epidemia prezentă, adăugându-se infecțiunii de sol, numeroase cazuri de contact direct.

Măsurile de profilaxie aplicate direct izvorului și căii de infecțiune, depisarea și izolarea la timp a excretorilor și purtătorilor de germeni (vechi și noi descoperiți) fac ca epidemia descrisă să poată fi jugulată în scurtă vreme. A fost suficient interzicerea accesului și utilizarea albiei Jiului precum și desinfecția ei imediată ca să fie înlăturat un puternic și continuu izvor de infecție. Măsurile identice de desinfecție se aplică pentru curte, revizuiind în același timp canalul de scurgere care urmează să fie complet acoperit și condus în râu, la o distanță apreciabilă de local. Pe lângă o riguroasă

igienă personală și colectivă s'a impus o deosebită grijă în izolarea și controlul bacteriologic al purtătorilor și excretorilor descoperiți anterior cât și a acelor proveniți din convalescență pentru a nu da ocazia unei noi și periculoase diseminări de infecție tifică.

Procedeu de laborator.

La o lună după declararea primului caz de îmbolnăvire, ne parvin primele probe pentru examinările de laborator. Materialul este adus cu ocazia investigațiilor noastre inițiale pe teren, constând din: sânge pentru reacția Widal și hemocultură, materii fecale pentru coproculturi.

Reacțiile Widal și hemoculturile ne-au dat confirmarea bacteriologică a cazurilor vechi și celor prezente de febră tifoidă, dar cum investigațiile noastre nu s'au limitat aci, pe lângă acestea am făcut și o serie însemnată de coproculturi la cei sănătoși după purgație cu oleu de Ricină. În acest scop materialul a fost recoltat în primul rând de la personalul de serviciu ca: bucătar, artelnic, sanitari, etc., precum și de la persoane sănătoase, luate la întâmplare din diferitele dormitoare.

Pentru recoltarea materialului acesta, ne-am folosit de cutiile speciale pentru transportarea materiilor fecale, precum și de soluția de glicerină, care s'a turnat în tuburi la locul și în momentul recoltării. Compoziția soluției de glicerină întrebuintată fiind: 250 cmc. glicerină (D. 1,25) 750 cmc. apă distilată 1-5 gr. CLNa (după Teargue și Ciurmann).

Această soluție joacă rolul unui mediu de conservare pentru bacilii tifici și împiedecă în același timp prea rapidă dezvoltare a celorlalți germeni intestinali, atât de abundenți, ca bacilul coli, în primul rând, apoi proteii și sporogenii. Soluția conservantă de glicerină este aproape indispensabilă pentru buna reușită a examinărilor, atunci când trimiterea materialului necesită 2-3 și chiar mai multe zile, după cum s'a întâmplat de multe ori și în cazul nostru. Prin urmare trimiterea și conservarea materialului joacă un rol foarte important, deoarece o întârziere sau o proastă recoltare și expediere a acestuia ne poate totdeauna compromite rezultatul.

Materialul odată ajuns la noi în laborator, se procedează cât mai rapid la însămânțarea lui. În prima zi se fac două serii de însămânțări, una în mediul de îmbogățire, iar a doua direct pe mediile de identificare, numită pentru acest fapt „*însămânțare directă*”. Pentru prima însămânțare am folosit mediul de îmbogățire Kauffmann, care fiind lichid, se găsește repartizat în tuburi în cantitate de 8-10 cmc. Fiecare eprubetă va servi pentru însămânțarea unei probe și va purta numărul de ordine. Însămânțarea se face cu ajutorul unei anse cu care vom lua din tubul conținând materialul, o cantitate cât mai mare posibilă pe care o introducem în mediu. Deoarece de multe ori materialul se emulsionează în glicerină în timpul transportului, ajungând astfel în laborator în stare lichidă, se poate turna direct dintr'un tub în altul. Tot în acest timp, dar de data aceasta numai cu ajutorul ansei, se va face și *însămânțarea directă pe mediile solide de identificare*, căutând să luăm o cantitate suficientă de material pe care îl întindem pe suprafața mediului. Mediile pe care le-am folosit pentru această însămânțare directă au fost în mod constant mediul Wilson-Blair și pe lângă el în scop comparativ, mediul Gassner sau Endo, după împrejurare.

Încă din prima zi vom avea ast'el pentru fiecare probă, un tub cu mediul Kauffmann și două plăci cu mediu solid. Acestea se pun la termostat pentru o incubare la 37° C. timp de 8-14 h în cazul mediului Kauffmann, timp de 24 h, pentru însămânțările

pe mediile solide de identificare. Intervalul de 8-14 h pentru mediul Kauffmann este considerat totuși ca timpul optim pentru dezvoltarea bacililor tifici și inhibarea celorlalți germeni.

Mediile solide însămânțate direct se examinează după 24 de ore, controlând coloniile dezvoltate și izolând apoi pe cele suspecte de a fi ale bacilului tific sau paratific. Această identificare pe mediul Wilson-Blair este din cele mai simple fiind vorba de colonii negre cu luciu metalic, ușor vizibile pe suprafața mediului de culoare verde deschis. Prima citire poate avea deci loc după 24 ore, pentru însămânțările directe, obținând astfel un rezultat destul de rapid, urmând doar confirmarea prin aglutinare care în cercetările noastre a fost identică cu aceea de pe plăci, cu o regularitate aproape matematică.

După 38 ore putem citi rezultatul pasagiilor din mediul de îmbogățire Kauffmann, din care după cum am spus mai sus, după maximum 14 ore de incubare, se fac pasagiile pe mediile de identificare. Pentru aceste pasagii folosim tot mediul Wilson-Blair însoțit de Gasner sau Endo, minimum de timp necesar acestei însămânțări fiind 38-40 ore, dar sunt cazuri când coloniile se dezvoltă mai anevoios, putând face atunci citirea abia după 72 ore.

Coloniile suspecte de pe mediile de identificare sunt trecute pe plăci cu agar simplu, pentru a obține o cultură pură și abundentă necesară aglutinării, suficient de abundentă pentru acest scop și după 8 ore de incubare la termostat la 37° C. *Toate coloniile astfel izolate au fost confirmate prin aglutinare cu seruri aglutinante antitific, paratific A și paratific B.*

În felul acesta am putut obține în cazul însămânțării directe, într'un termen de 48 ore de la sosirea materialului în laborator un rezultat pozitiv, totdeauna confirmat și prin aglutinare, bine înțeles când condițiile au fost optime atât în ceea ce privește recoltarea cât și însămânțarea materialului.

Pentru izolarea cu mediul de îmbogățire Kauffmann obținerea rezultatului a întârziat cu 14 ore, atunci când n'am putut izola bacilul tific prin însămânțare directă: *cu alte cuvinte se pot obține rezultate definitive și sigure în două până în trei zile.*

Reiese din cele de mai sus, că efectuată în condiții favorabile, coprocultura este de un folos primordial în depistarea surselor de infecție și stabilirea mersului unei epidemii de febră tifoidă.

În cele ce urmează vom arăta numărul coproculturilor făcute precum și al rezultatelor pozitive obținute, adică numărul indivizilor eliminatori de bacili tifici bolnavi sau sănătoși și astfel vom înțelege mai bine rolul pe care îl joacă coprocultura. Vom demonstra cum este posibil a descoperi în acest fel sursa de infecție, cu ajutorul coproculturii, care altfel nu ar fi putut fi pusă în evidență cu nici un alt mijloc de investigație cunoscut.

Mai reiese din cercetările noastre și rolul mediului de îmbogățire Kauffmann cât și incomparabila superioritate a mediului Wilson-Blair față de celelalte medii de izolare. Acesta din urmă nu are întotdeauna nevoie de intervenția mediului de îmbogățire Kauffmann, având în același timp de partea sa atât selectivitatea excepțională cât mai ales rapiditatea.

În cazul epidemiei noastre de la „R”, s'au făcut 352 coproculturi de la data de 13 Mai-23 Iunie 1942, fiecare din ele necesitând cele două serii de însămânțări și tehnica arătată mai sus. În tabloul de mai jos dăm numărul coproculturilor executate, însămânțările făcute pe diferitele medii și rezultatele pozitive obținute pe fiecare din ele. Avem de o parte rezultate obținute prin însămânțare directă pe de altă parte cele obținute cu ajutorul mediului de îmbogățire. Comparând aceste rezultate reiese clar puterea de selectivitate a fiecărui mediu în parte, precum și faptul că mediul Wilson-Blair este mult superior celorlalte, fiind singurul care ne-a dat rezultate pozitive prin însămânțare directă.

Tabloul Nr. 1

Comuna „R”		Insămănări directe						Insămănări din Kauffmann						
D a t a		totalul probe- lor examinate	Endo	Pozitiv	Gassner	Pozitiv	Wilson Blair	Pozitiv	Endo	Pozitiv	Gassner	Pozitiv	Wilson Blair	Pozitiv
13 IV	1942	16	16	—	16	—	16	2	16	—	16	—	16	4
16 IV	”	20	—	—	20	—	20	10	—	—	20	5	20	9
28 IV	”	83	83	1	—	—	83	83	83	—	—	—	83	13
2 V	”	23	23	—	—	—	23	1	23	1	—	—	23	3
8 V	”	38	38	—	—	—	38	2	38	—	—	—	38	3
5 V	”	10	10	—	—	—	10	1	10	—	—	—	10	1
21 V	”	49	49	—	—	—	49	2	49	—	—	—	49	4
26 V	”	31	31	—	—	—	31	2	31	—	—	—	31	1
6 VI	”	13	13	—	—	—	13	—	13	—	—	—	13	—
8 VI	”	31	31	—	—	—	31	—	31	—	—	—	31	1
13 VI	”	7	7	—	—	—	7	—	7	—	—	—	7	—
18 VI	”	11	11	—	—	—	11	—	11	—	—	—	11	—
20 VI	”	10	10	—	—	—	10	—	10	—	—	—	10	—
25 VI	”	10	10	—	—	—	10	—	10	—	—	—	10	—
Total pozitive				1		0		20		1		5		39
Total general		352	352	1	36	0	352	20	352	1	36	5	352	39

Cu ajutorul coproculturii, în prima serie de insămănări făcută la data de 13 Mai am izolat bacilul tific în 3 cazuri dintre primii 9 bolnavi, indivizi care trecuseră prin boală cu simptomele tipice, hemocultura și reacția Widal pozitive.

Tot la această dată ni s'au trimis 7 probe dela indivizi sănătoși dintre care la unul s'a pus în evidență bacilul tific în scaun. Fiind sesizați de acest rezultat s'au făcut investigații mai amănunțite în jurul acestui individ și s'au constatat următoarele: individul N. O. care în prezent deține funcția de bucătar al unității, este etichetat prin cercetările noastre ca purtător sănătos de germeni. Astfel cercetările noastre pentru descoperirea sursei de infecție și-au întins câmpul de investigație cercetându-se în parte în jurul acestui individ și ajutoarelor sale și în special asupra numeroaselor persoane sănătoase de contact din această colectivitate.

Am continuat în acest fel seria coproculturilor efectuate atât la indivizi sănătoși, pentru a descoperi noul purtător și excretori de germeni cât și la bolnavi pentru a stabili termenul când aceștia încetau de a mai elimina bacili tifici.

Pentru aceasta din urmă se recomandă în mod clasic 3 insămănări efectuate la un interval de o săptămână până la 10 zile și dacă toate 3 probele sunt negative, individul este declarat nepericulos pentru anturajul său. Necesitatea celor trei probe negative consecutive este impusă și de caracterul bine cunoscut al intermitenței în eliminarea de bacili tifici.

După cum se observă și în tabloul nostru de mai jos, sunt cazuri unde după una sau două insămănări negative constatăm din nou prezența bacilului tific în fecale. În felul acesta pentru a obține cele 3 probe negative clasice, a fost necesară în unele cazuri o serie de 6, 7 și chiar 8 examinări. De pildă: observația Nr. 3, Nr. 21, 22, 24 din tabloul Nr. 2, unde de abia a doua probă a fost pozitivă, iar observația Nr. 28 individul G. S. la care numai a 3-a probă a fost pozitivă.

Tabloul Nr. 2 „R” 1942

Nr. curent	Data imbolnăvirii sau descoperirii	Numele	Data insămănării I	Rezultat	Data insămănării II	Rezultat	Data insămănării III	Rezultat	Data insămănării IV	Rezultat	Data insămănării V	Rezultat	Observ.
1	21 III 1942	M. G	13 IV 1942	+									Bolnavi †
2	26 III "	B. P.	13 IV "	+									" †
3	31 III "	B. I.	8 V "	—	31 V 1942	+	6 VI 1942	—	8 VI 1942	—			Bolnavi
4	30 III "	S. St.	28 IV "	+	8 V "	+	21 V "	—	26 VI "	—			"
5	30 III "	B. M.	13 IV "	+	28 IV "	—	8 V "	—					"
6	30 III "	G. S.	13 IV "	+	28 IV "	+	21 V "	+	8 VI "	—			"
7	31 III "	F. I.	8 IV "	+	8 V "	—	21 V "	—	26 V "	—			"
8	4 IV "	K. M.	28 IV "	+	8 V "	—	21 V "	—	26 V "	—			"
9	6 IV "	O. I.	2 V "	+	8 VI "	—							"
10	6 IV "	G. N.	28 IV "	+	8 V "	+	21 V "	—	26 V "	—			"
11	7 IV "	S. I.	13 IV "	+									" †
12	9 IV "	M. N.	28 IV "	+	8 V "	—	21 V "	—	26 V "	—			"
13	10 IV "	J. I.	16 IV "	+	20 VI "	—							"
14	13 IV "	Ch. I.	16 IV "	+	21 V "	—	26 V "	—					"
15	13 IV "	A. I.	16 IV "	+	28 IV "	+	21 V "	—	26 V "	—			"
16	14 IV "	S. N.	16 IV "	+									"
17	13 IV "	D. I.	28 IV "	+	26 V "	—							"
18	14 IV "	D. D.	16 IV "	+	28 IV "	+	21 V "	+	8 VI "	—			"
19	14 IV "	C. D.	16 IV "	+	5 V "	—	8 VI "	—	18 VI "	—	20 VI 1942	—	"
20	1 V "	Ch. D.	2 V "	+	8 VI "	—							"
21	7 IV "	O. T.	28 IV "	—	5 V "	+							"
22	15 IV "	N. I.	28 IV "	—	5 V "	+							"
23	13 V "	E. D.	8 VI "	+									"
24	15 V "	C. F.	21 V "	—	26 V "	+							"
25	15 XII 1941	B. C.	16 IV "	+	28 IV "	—	2 V "	—	8 VI "	—	13, 18, 20 VI	—	Excretori
26	Iulie 1941	B. V.	16 IV "	+	28 IV "	—	5 V "	—	26 V "	—			"
27		C. I.	16 IV "	+	8 VI "	—	18 VI "	—	20 VI "	—	25 VI 1942	—	Purtători
28		G. S.	18 IV "	—	28 IV "	—	21 V "	+	6 VI "	—	13, 18 VI "	—	"
29		Gh. Gh.	28 IV "	+	8 V "	—	21 V "	—	26 V "	—	6 VI "	—	"
30		G. I.	28 IV "	+	21 V "	—	26 V "	—	6 VI "	—			"
31		M. N.	26 V "	+	18 VI "	—	25 VI "	—					"
32		M. T.	2 V "	+	6 VI "	—	13 VI "	—					"
33		N. O.	13 IV "	+									"
34		I. J.	28 IV "	+	8 V "	—	21 V "	—	26 V "	—	6 VI "	—	"
35		I. A.	16 IV "	+	28 IV "	+	8 V "	—					"



In reconvalescență

HAEMATICUM GLAUSCH

fortificant confirmat, cu un gust plăcut.
Ameliorarea rapidă a stării generale.

Combinațiune fero-manganică organică, într-o formă ușor rezorabilă. Prin adausuri de substanțe amare aromatice, stimulează pofta de mâncare

Flacon cu ca. 250 gr.

Flacon cu ca. 500 gr.

Flaconul mare deosebit de economic!

MAX GLAUSCH, KLÖTZSCHE-DRESDEN

DEP.: „PHARMAG“ S. A., BRAȘOV

ASTENIE GENERALĂ - ANEMIE - INAPETENȚĂ
GLOROZĂ - NEURASTENIE - RACHITISM - SCROFULOZĂ

STANNOXYL

FURUNCULOZA

și toate maladiile cu stafilococi, antrax,
ulcior la ochi, abces al sânului, acnee.

Produs cu bază de staniu și oxid de
staniu preparat după lucrările științifice

de A. Frouin.

LABORATOIRES ROBERT ET CARRIÈRE
1 et 1 bis, Avenue de Villars, PARIS (VII-e)

DEPOZIT PERMANENT:

„DROGUERIA STANDARD“ S. A. R. BUCUREȘTI I, Str. Sf. Ionică No. 8

În cazul epidemiei dela „V” am procedat la fel. S'au făcut și aici o serie de 320 coproculturi, obținând de data aceasta mai bune rezultate prin însămânțările directe, dar numai în cazul mediului Wilson-Blair, pentru celelalte medii, s'a dovedit necesară intervenția mediului de îmbogățire Kauffmann fără a obține totuși - nici pe departe, - aceleași rezultate.

Tabloul Nr. 3

Comuna „V”		Însămânțări directe						Însămânțări din Kauffmann					
D a t a	Totalul probe- lor examinate	Endo	Pozitive	Gassner	Pozitive	Wilson Blair	Pozitiv	Endo	Pozitiv	Gassner	Pozitiv	Wilson Blair	Pozitiv
14 IV 1942	9	—	—	0	—	9	—	—	—	9	—	9	—
24 IV „	17	—	—	17	1	17	7	—	—	17	1	17	6
3 V „	23	23	3	—	—	23	8	23	3	7	—	23	5
3 V „	17	17	—	—	—	17	7	17	2	—	—	17	4
12 V „	46	46	—	—	—	46	—	46	—	—	—	46	—
20 V „	49	49	1	—	—	49	5	49	—	—	—	49	4
29 V „	55	55	—	—	—	55	3	55	—	—	—	55	3
9 VI „	45	45	—	—	—	45	1	45	1	—	—	45	4
15 VI „	45	45	—	—	—	45	1	45	—	—	—	45	3
2 VII „	15	15	—	—	—	15	1	15	—	—	—	15	—
Total pozitive			4		1		33		6		1		29
Total general	321	295	4	26	1	321	33	295	6	26	1	321	29

Și din această colectivitate am izolat o serie de bacili tifici din scaunele a 9 indivizi sănătoși, care în urma anamnezei luate la fața locului, i-am etichetat ca purtători sănătoși de germeni. Continuând examinările am mai evidențiat și 2 excretori cronici de germeni, indivizi care făcuseră boala, primul cu 2 ani înainte, iar al doilea cu un an și 4 luni înainte.

După cum am amintit mai sus la epidemia descrisă anterior, au fost necesare și de data aceasta, 6-7 examinări pentru un singur individ, fie din cauza persistenței eliminării de bacili tifici la unii, fie din cauza caracterului intermitent al acestei eliminări.

În tabloul Nr. 4 se vor vedea cazuri unde după trei probe negative survine una pozitivă. Acesta este cazul în observația Nr. 10 din tabloul Nr. 4. Mai avem câteva exemple tipice tot în acest tablou de unde reiese caracterul intermitent al eliminării ca de pildă observația Nr. 5, 12 și 26.

Deci obiecțiunile și constatările unor autori, referitoare la excretorii de germeni, le subliniem și noi în cazul de față, putând afirma cu certitudine, că cele trei probe negative consecutive, nu sunt criteriu de absolută siguranță în epidemiologia febrei tifoide.

Concluzii

1. Depistarea cazurilor de febră tifoidă trebuie întotdeauna completată prin anchete pe teren pentru a cerceta cauza capabilă să explice cazurile izolate și în consecință nașterea focarelor epidemice. Stabilirea

Tabloul Nr. 4 „V” 1942

Nr. curent	Data imbolnăvirii sau descoperirii	Numele	Data însămânțării I	Rezultat	Data însămânțării II	Rezultat	Data însămânțării III	Rezultat	Data însămânțării IV	Rezultat	Data însămânțării V	Rezultat	Observ.
1	24 III 1942	C. N.	24 IV 1942	+	3 V 1942	+	29 V 1942	—	9 VI 1942	—	15 VI 1942	—	Bolnavi
2	26 III	Ch. I.	24 IV	+	3 V	—	20 V	—	29 V	—	2 VII	—	—
3	30 III	M. F.	24 IV	+	3 V	+	20 V	—	29 V	—	9 VI	—	—
4	31 III	M. V.	3 V	+	20 V	+	29 V	—	9 VI	—	—	—	—
5	1 IV	R. T.	24 IV	+	3 V	—	20 V	+	29 V	—	9 VI	—	—
6	2 IV	T. T.	3 V	+	20 V	—	29 V	—	9 VI	—	—	—	—
7	5 IV	U. N.	20 V	+	29 V	—	9 VI	—	15 VI	—	—	—	—
8	6 IV	D. I.	24 IV	+	3 V	—	20 V	—	29 V	—	—	—	—
9	15 IV	T. N.	3 V	+	20 V	—	29 V	—	9 VI	—	15 VI	—	—
10	16 IV	T. C.	20 V	—	29 V	—	9 VI	—	15 VI	+	—	—	—
11	20 IV	B. C.	20 V	+	29 V	—	9 VI	—	15 VI	—	—	—	—
12	23 IV	P. Gr.	29 V	—	9 VI	—	15 VI	+	—	—	—	—	—
13	23 IV	C. I.	20 V	+	29 V	—	9 VI	—	15 VI	—	—	—	—
14	25 IV	B. D.	9 VI	+	15 VI	—	2 VII	—	—	—	—	—	—
15	25 IV	C. R.	9 VI	+	15 VI	—	2 VII	—	—	—	—	—	—
16	29 IV	R. P.	9 VI	+	15 VI	+	2 VII	+	—	—	—	—	—
17	5 V	S. A.	29 V	+	9 VI	—	15 VI	—	2 VII	—	—	—	—
18	6 V	Z. I.	29 V	+	9 VI	—	2 VII	—	—	—	—	—	—
19		D. Gh	3 V	+	20 V	—	29 V	—	9 VI	—	—	—	Excretori
20		P. C.	3 V	+	20 V	—	29 V	—	9 VI	—	15 VI	—	—
21		Z. V.	24 IV	+	3 V	+	2 VII	—	—	—	—	—	Purtători
22		P. R.	24 IV	+	3 V	—	20 V	—	29 V	—	—	—	—
23		C. D.	3 V	+	20 V	—	29 V	—	9 VI	—	—	—	—
24		H. I.	3 V	+	20 V	—	29 V	—	9 VI	—	—	—	—
25		T. D.	3 V	+	20 V	—	29 V	—	9 VI	—	15 VI	—	—
26		T. D.	3 V	+	20 V	—	29 V	+	9 VI	+	15 VI	—	—
27		I. I.	3 V	+	20 V	—	29 V	—	9 VI	—	15 VI	—	—
28		A. I.	3 V	+	20 V	—	9 VI	—	—	—	—	—	—
29		V. N.	3 V	+	20 V	+	29 V	—	15 VI	—	—	—	—
30		U. I.	V	+	20 V	—	29 V	—	9 VI	—	15 VI	—	—

sursei de infecție este unica condiție care ne permite de a avea cheia problemei în mână și de a putea ataca elementul inițial de unde derivă toată propagarea ulterioară a agentului specific.

Alura generală a epidemiei — evoluția ei scurtă sau prelungită, rapidă sau lentă, distribuția cazurilor în timp, înregistrarea lor grafică, localizarea sau difuziunea lor, succesiunea lor, legătura ce există între ele, sunt tot atâtea probleme care odată stabilite ne pot permite o orientare precisă spre cercetarea originii focarelor de infecțiune și caracterul inițial sau ulterior al epidemiei respective.

2. În manifestările expansive ale febrei tifoide solul intervine de o manieră indiscutabilă — forța lui tifogenă se datorește contaminării lui specifice prin intermediul produselor de excreție (fecale, urinară) răspândite direct pe suprafața sa, sau provenite din latrină și urinare. Inglobat în materiile fecale care impregnează solul, bacilul tific poate fi găsit în plină vitalitate după o perioadă care variază de la câteva zile până la câteva luni, depinzând de starea de uscăciune, umiditate sau reacțiunea mediului.

Dacă solul poate menține o stare endemică sau epidemică mai de lungă durată, desigur că în acest caz intervine o reinprospătare continuă în contaminările lui prin bolnavii excretorii și purtătorii rămași încă neidentificați. Acest factor etiologic câștigă o importanță deosebită în campanie, unde fără a neglija celelalte condițiuni de propagare a virusului, infecțiunea solului câștigă un loc primordial.

Astfel de infecțiuni de origină telurică sunt de obicei localizate, grupate de o manieră precisă într'un anumit cartier, la o anumită casă sau grupuri de case, într'un anumit pavilion dintr'o cazarmă etc.

3. Manifestările tifice în care purtătorii și excretorii joacă un rol principal ca sursă de infecțiune dacă nu sunt prea frecvente nu putem spune totuși că sunt excepționale. Ele apar destul de des provocând recrudescențe epidemice însemnate, fie sub formă de cazuri sporadice care se succed în cursul lunilor sau anilor fie sub formă de veritabile epidemii asemănătoare în aspectul și evoluția lor cu acelea care recunosc ca etiologie omul bolnav.

4. Măsurile de combatere care nu vor viza sursa și calea de infecțiune, vor rămâne cu siguranță eforturi

inutile pentru că vor lăsa pe loc „cuiburi de infecție tifică”, care în condițiuni prielnice vor face să reapară noile îmbolnăviri chiar după perioade lungi de acalmie, în care infecțiunea ne-a lăsat cu o falsă impresie, că s'a stins cu desăvârșire.

5. Epidemiile noastre întrușchipează cu prisosință toți factorii epidemiologici amintiți anterior, recunoscând ca sursă inițială de infecțiune purtătorii și excretorii descoperiți prin cercetări minuțioase de laborator, care la rândul lor contaminând solul de o manieră puțin obișnuită, au provocat și întreținut o epidemie, care prin masivitatea și debutul ei, ne-a dat la un moment dat impresiunea unei infecțiuni hidrice. Măsurile de profilaxie aplicate prompt și adresate direct sursei și căii de infecțiune au dus în mod fericit la jugularea epidemiilor descrise, care desigur fără această intervenție ar fi avut o evoluție ulterioară deosebit de gravă.

6. Excretorii și purtătorii de germeni, factori de primă importanță în etiologia și evoluția multor epidemii, nu vor putea fi indentificați decât prin minuțioase și mai ales numeroase cercetări de laborator, posibilitatea unică — dar precisă — de investigație la care trebuie să recurgem imediat, în fiecare epidemie, fie ea chiar benignă în aparență.

7. Recoltarea și expedierea materialului de examinat și cu deosebire a materiilor fecale, trebuie executate în condițiuni ireproșabile, o zăbavă uneori nejustificată sau o manoperă greșită putând compromite aproape totdeauna cea mai zeloasă tentativă de diagnostic. Soluția conservantă de glicerină joacă în acest caz un rol destul de însemnat.

8. Din tabelele anexate (1 și 3) reese în primul rând superioritatea evidentă a mediului Wilson-Blair, fie că a fost întrebuințat pentru însămânțările directe fie prin indentificări din mediile de îmbogățire. În ce privește diferențele ce le prezintă față de mediile electiv uzuale (Gasner, Endo etc.), credem că nu este cazul să insistăm, datele prezente vorbesc de la sine. Prin preciziunea, rapiditatea și mai ales prin o remarcabilă putere selectivă avem la îndemână un mijloc prețios de izolare a bacilului tific sau paratific, în cele mai dificile epidemii, în care problema purtătorilor și excretorilor se situează de cele mai multe ori pe primul plan.

Societăți medicale

SOCIETATEA ȘTIINȚELOR MEDICALE DIN CLUJ-SIBIU

Sedința ordinară din 5 Februarie 1943

Prezidează: D-l Prof. Dr. Gh. Popoviciu, președintele societății.

Conf. Dr. P. Râmneanțu: † Profesorul Mihai Zolog.

Năprasnica moarte a răpit încă unul, al treilea în timpul primei Societății noastre, dintre falnicii ei purtători de lumină. De data aceasta pe unul care aprinsese lumini în Facultatea noastră de medicină, încă acum 23 de ani, când s'a decis să-i consacre progresului ei toată comoara forțelor lui, dar care nu a avut norocul să-și privească decât câteva clipe orizontul larg al razelor iradiatoare dela flacăra mănunchiului de luminițe, ținută pe culmea ascensiunii. Ne-a rămas nouă celor care l'am iubit, cunoscut și stimat să-i privim în liniște și pe indelete câmpul realizărilor: prețioase, pentru care s'a trudit cu un devotament desăvârșit și cu o excepțională cinste de om și cercetător. El nu și-a găsit răgaz nici măcar să-și îngrijească sănătatea, cu toate că în ultimul an îi era subredă și cu atât mai puțin să se gândească la moarte pentru ca să-și lase triat și organizat materialul bogat care îi abundă biroul de lucru, revistele de specialitate și monografiile publicate. A fost optimist și prea mult a dorit ca tezaurul cunoștințelor sale să împărtășească și altora și să ajute cu toate puterile lui promovarea atâtor probleme de igienă, sănătate publică și educație care astăzi se pun și la noi cu o acuitate mai mare decât altă dată. Acestea sunt motivele care l'au destinat sa moară la datorie, înconjurat de iubirea unui însemnat număr de studenți, foști elevi, prieteni, cunoscuți și admiratori.

Profesorul Mihai Zolog datorită calităților innăscute și în urma pregătirii excepționale de care s'a bucurat, în țară și străinătate, prin manifestarea tuturor fibrelor ființei lui este învederat ca un om integru, o fire blândă, conștiincios, cu sistem și ordonat în muncă.

Ca om și-a irosit din belșug bunătatea sufletească. A găsit momente să asculte păsurile și necazurile tuturor studenților și igienistilor care i se adresau, și chibzuit cu liniștea care-l caracteriza, să le dea îndrumări părintești. Față de colegii mai tânări, în laborator și pe terenul sănătății publice, era deschis și comunicativ. În toate împrejurările i-și spunea clar gândul care l-a frământat și nu a voit să știe niciodată de transacții.

Ca dascăl, posedând un deosebit simț didactic, într'un stil curgător, cu o voce caldă și cu o vie rezonanță de convingere a captivat atenția auditorului. Dela catedră revărsa un adevărat fluid viu fixator de atenție. Medicii igienisti, studenții și surorile de ocrotire cărora le-a fost profesor au plecat dela cursurile lui satisfăcuți și cu lecția înțeleasă, cu toate că părțile din igiena predată, igiena colectivă și igiena școlară sunt reci și rigide și pe deasupra dezvoltate chiar de defunct la un nivel neatins poate nicăieri în lume. E deosebit de însemnat a remarca utilitatea practică pe care a acordat-o cursurilor și lucrărilor practice ținute. Astfel, în actualul războiu, în formațiunile de laborator, igienă și profilaxie, de combatere a bolilor infecțioase, nu am întâlnit pe front nici un coleg să nu aibă la îndemână, ca cea mai apreciată armă adusă de acasă pentru apărarea sănătății bravelor noștri ostași, broșurile Profesorului Zolog, referitoare la igiena rurală și volumele rămase netipărite, care tratează analiza apei și a alimentelor.

A fost și un pasionat om de știință. Cunoștea multe și subtile metode de cercetare, poseda calități de investigator și avea un spirit de autocritică, care i-a permis să tragă concluzii numai după ce în prealabil se convinge de fidelitatea statistică a rezultatelor. I-mi aduc aminte cât de mult îl atingeau rezultatele publicate de de alții, fără să fie semnificative și să aibă valoarea corespunzătoare

realității cercetate. Iubea adevărul în știință așa cum numai marii slujitori ai ei au putut o face. Între multele și prețioasele lucrări pe care ni le-a lăsat a abordat câmpuri mari și variate de activitate: medicină experimentală; sănătate publică; ocrotire; igienă școlară și altele.

În laborator ani de-arândul s'a ocupat de mecanismul șocului anafilactic și de acțiunea chimio-terapeută a substanțelor arsenobenzolice. Prin cercetările relativ la prima problemă studiind sistemul reticulo-endotelial a contribuit la cunoașterea acțiunii antigenului în sensibilizarea animalelor și astfel a clarificat producerea anticorpului specific numit sensibilizină. În seria experiențelor de lămurire a mecanismului acțiunii preparatelor arsenobenzolice sunt fixate întâi de parazit, asimilate și în urmă transformate în interiorul lui într-o substanță extrem de toxică, factorul imediat de distrugere a spirochetelor.

În câmpul sănătății publice s'a străduit să se convingă de eficacitatea diferitelor măsuri și metode instituite pe terenul prevenirii și combaterii tuberculozei. Astfel în lucrarea relativ la rolul vaccinării contra tuberculozei cu B. C. G., împărțind copiii din Plasa sanitară Model Gilău în vaccinați și nevaccinați și ținându-i sub observație timp de aproape 4 ani, ajunge la concluzia că vaccinul B.C.G., creiază o stare de preimuniție cu însemnat efect în prevenirea tuberculozei și chiar cu o acțiune nespecifică de urcare a rezistenței fizice generale a copiilor. În domeniul asigurării școlarilor unei dezvoltări armonioase și integrale a studiat creșterea în diferitele ei faze, iar în câmpul igienei rurale pentru a adapta și la noi cele mai adecvate instalații de igienă colectivă le-a studiat eficiența.

Raportul, prezentat la al II-lea congres național de boale infecțioase, relativ la aprovizionarea cu apă în mediul urban, constituie o importantă contribuție atât la cunoașterea sistemelor de aprovizionare cu apă folosite la noi, cât și un însemnat ghid de captare și purificare a apei potabile.

În ocrotire, fiind unul care a participat cu toată convingerea și cu multă pricepere la realizarea acestei instituții, după o experiență largă, câștigată pe teren, a sintetizat pe seama surorilor și câteva lucrări de bază în această ramură de activitate. În domeniul igienei școlare a tipărit prima lucrare românească originală bazată pe cercetări proprii relativ la starea fizică și capacitatea intelectuală a școlarilor. Pe baza concluziilor formulate fundamentează educația și instrucția școlarilor pe baze biologice. Având mereu înaintea ochilor un om nou, mai sănătos, robust, mai dinamic și ager și integru din punct de vedere moral, îndrumă dezvoltarea copiilor atât prin cursuri și cadrele „Astrei”, cât și pe teren în linia normalității. Depistează devierile dela normal, defectele și bolile incipiente și în urmă în Plășile sanitare model organizează servicii de prevenire și refacerea lor.

Profesorul Mihai Zolog fiind un scrupulos mîgălos, cu tenacitate și perseverență, în toată activitatea lui, și manifestând chiar dela începutul carierei răspundere față de toate atribuțiile primite, repede i s'a încredințat și rol de organizator. Astfel din 1930 începe el vedea în Institutul de Igienă și Sănătate publică din Cluj, în Plasa sanitară model Gilău, în Ministerul Sănătății și în alte instituții că participă fie ca membru în mai multe comisii, fie ca raportor a diferitelor probleme sau ca un apreciat colaborator la întocmirea de regulamente și programe sanitare. În special Plasa sanitară model Gilău e opera Profesorului Zolog. Acolo a organizat un vast șantier de experimentare a principiilor de medicină preventivă, elaborate de Institutul de Igienă. Mare i-a fost mulțumirea sufletească în 1933, când numai după 3 ani de activitate, între alte succese în ce privește ocrotirea mamei și copilului, combaterea tuberculozei și altele, constatare că mortalitatea infan-

tilă scăzuse dela 22,7 la 13,6. În 1937 ca reprezentant al Institutului de Igienă și sănătate publică din Cluj, a participat la conferința internațională a directorilor institutelor, ținută în secția de igienă a Ligii Națiunilor dela Geneva.

Acestea sunt, expuse succint, trăsăturile fundamentale și opera personalității regretatului nostru Profesor Mihai Zolog. În sinteză ele ne dau un amestec de frumos cu adevăr, fiindcă în adevărata accepțiune a cuvântului frumoase au fost însușirile lui și pline de adevăr i au fost faptele. Ele pot constitui exemple pentru cei mai pretențioși dintre noi. De aceea să le păstrăm ca bunuri prețioase și să le cultivăm desinteresat spre propășirea neamului nostru, așa cum a făcut și defunctul, care după cum prea bine știți nimic din cele lumești nu a agonisit pentru el sau pentru cei apropiați lui.

Prof. Dr. G. Buzoianu, I. G. Rusu, G. Popoviciu și M. Iubu:
Laringectomie parțială pentru sarcom la 73 ani. Vindecare menținută perfect fără recidivă la un an după intervenție.

În cursul lunii Decembrie 1941, ne-am hotărât să extirpăm printr-o laringectomie parțială un sarcom laringean la un bătrân de 73 ani. Hotărîrea aceasta am luat-o numai după ce ne-am dat seama că situația și implantația tumorii se pretează la șansele unei cure radicale operatorii și după ce ne-am convins de o anumită rezistență generală a bolnavului.

Bolnavul Hrubecz Wendel are în prezent 74 ani. A intrat pentru prima oară în clinică la 7 Dec. 1941. La 12 Dec 1941 i s'a executat o traheotomie prealabilă și o tirotomie pentru explorarea sediului și implantării tumorii sale maligne (prof. Buzoianu și M. Iubu). La 2 Ianuarie 1942 i s'a executat o hemi-tiroidectomie laringeană (prof. Buzoianu și M. Iubu). A ieșit din clinică la 11 Martie 1942, păstrând canula traheală.

S'a prezentat din nou pentru control la 20 Ianuarie 1943. Examenul laringoscopic și cervical exterior nu arată nici cea mai mică umbră de recidivă locală la nivelul laringelui sau de recidivă regională la nivelul regiunilor cervicale.

Pentru noi observațiunea aceasta are o importanță practică considerabilă și anume: se adevărește din nou în mod indeniabil că o operațiune executată la timp, totdeauna la timp, poate aduce vindecarea definitivă într'un cancer laringean încă localizat. Această vindecare poate surveni chiar la un om bătrân, înaintat în vârstă, fără riscuri speciale în legătură cu intervenția operatorie. În cazul nostru bolnavul în vârstă de 73 ani a suportat în condițiuni multumitoare intervențiunea de laringectomie parțială.

Este foarte interesant de remarcat din punctul de vedere doctrinar, că sarcomele laringeene sunt tumori maligne foarte rare, sau chiar excepționale. Pe o perioadă de 25 ani (1910—1935) și pe un număr de 800 cancere laringeene, Maya a întâlnit numai 6 sarcome (*New-Gordon*). Alte statistice sunt identice. *Freif* în Praga declară că n'a întâlnit la Institutul de Anatomie Patologică pe o perioadă de 25 ani niciun sarcom laringean primitiv, *Canuyt* n'a găsit între 1930—1936 pe 62 cancere endolaringeene niciun sarcom. În Institutul de Anatomie Patologică din Strassbourg, pe 296 cancere laringeene nu s'au putut identifica histologic decât 3 sarcome laringeene, *Saint clair Thompson* declară că în întreaga sa carieră medicală n'a întâlnit decât un singur caz de sarcom endolaringean.

În fine pentru sarcomele laringeene pure, adică intra-laringeene, se mai pune o problemă și anume: dacă nu cumva în unele tumori maligne etichetate sarcome, era în realitate vorba de tumori epiteliale. *Moulouguet* și *Leroux-Robert* au atras atenția în mod special asupra acestui punct.

Operațiunea aceasta pe care am denumit-o hemi-tiroidectomie laringeană sau care poate fi încă numită hemi-laringectomia etajului tiroidean al laringelui, servește pentru extirparea tumorilor maligne laringeene unilaterale limitate la etajul laringelui amintit. Prin ajutorul ei am extirpat fără recidivă (toate controlate la un an distanță) trei cancere laringeene vestibulare și cordale, în epoca de timp de când suntem instalați provizoriu în Sibiu. În două din aceste trei cazuri am putut decanula definitiv bolnavii, deși unul din aceste două cazuri se referă la un laringe feminin. Cazul care face obiectul rândurilor de față a rămas însă cu canula. Inconvenientul acesta este însă neînsemnat față de reușita ablațiunii totale a cancerului său, care l-a salvat astfel dela o cauză de moarte sigură prin această boală.

Prof. Dr. G. Buzoianu, Dr. G. Popovici și Dr. G. Russu:
Cancer laringean la o tânără de 19 ani. Ablație prin laringectomie parțială cu decanulare definitivă.

Autorii au avut ocaziunea să opereze un cancer laringean spino- și bazo-celular la o tânără de 19 ani. Tumora prindea cele două treimi anterioare ale corzii vocale drepte. Operațiunea executată a fost o hemi-tiroidectomie laringeană care a scos și comisura anterioară. Traheotomia s'a făcut în mod prealabil înaintea laringectomiei parțiale. La două săptămâni după ablația tumorii, bolnava a putut fi decanulată definitiv, deși era vorba de un laringe feminin. Cu ocaziunea acestui caz clinic autorii arată raritatea cancerelor laringeene la tineri ori la copii, posibilă însă. Cancerele laringeene la tineri sunt mai grave decât la adulți, deoarece în vârstă tânără orice tumoră malignă are tendința la o creștere mai rapidă și mai invadantă a organelor vecine.

Prof. C. Velluda și Dr. C. Antonescu: **Acțiunea vitaminei C pe inimă izolată de broască în funcțiune de ionii Ca și K.**

Acțiunea farmaco dinamică a acidului ascorbic — vitamina C — e puțin cunoscută. Autorii de mai sus au cercetat acțiunea vitaminei C asupra inimii izolate de broască în soluția Ringer.

Soluția de 2,5⁰/₁₀₀ în Ringer produce o depresiune netă cu un inotropism negativ marcant. Soluții și mai concentrate de 5⁰/₁₀₀ și 10⁰/₁₀₀ mențin același efect depresor. S'a lucrat în general cu soluție 5⁰/₁₀₀.

Cercetând acțiunea acidului ascorbic neutralizat (ascorbinat de Sodiu) în lipsa Ca și K din Ringer rezultatele au fost următoarele:

Lipsa Ca din soluția Ringer produce în prezența vitaminei C o depresiune mult mai pronunțată ca într'un Ringer în echilibru $\frac{Ca}{K}$, mai pronunțată și ca acțiunea izolată a ionului K asupra inimii, încât inima s'ar fi oprit dacă nu ar fi fost reactivată cu un Ringer echilibrat. Lipsa K, adică numai prezența Ca în soluția Ringer, nu dă în prezența vitaminei C nicio depresiune. Curba cardiacă este identică cu cea produsă de o soluție Ringer în echilibru ca și când vitamina C ar fi înlocuit acțiunea K absent. Acțiunea vitaminei C nu ar acționa deci, din cele de mai sus, ca depresoare, decât în prezența ionului de K efectele lor fiind sinergice.

Concluzii: Vitamina C are o acțiune net depresoare asupra inimii izolate de broască.

Acțiunea ei depresoare e mult mai pronunțată în lipsa ionului Ca.

Efectele ei depresoare sunt strâns legate de ionul K, prezența lui fiind indispensabilă pentru evidențierea acțiunii depresoare a vitaminei C.

Prof. Dr. V. Papilian, Dr. C. V. Antonescu și Dr. F. Antonescu: **Tratamentul cu pilocarpină în tuberculoza pulmonară.** (A apărut ca articol în revistă).

Prof. Dr. M. Kernbach: **Doctrină și teorii în patologie** (conferință). (Apare ca articol în revistă).

MERZ & Co. Uzine Chimice FRANKFURT a/M.

RECTO-SEROL

Indicat în tratamentul

Hemoroizilor

**Nodurilor hemoroidale
inflamate**

Fisurilor anale

Eczemelor anale, etc.

Unguent în tuburi 1/1 și 1/2

HELIOBROM

Indicat în tratamentul

Erupțiunilor cutanate

Pruritus nervosus

Urticariilor

Pruritus senilis

**Dermatitis herpeti-
formis, etc.**

**Pruritus ani et
vulvae, etc.**

Unguent 10 %, sol. alcoolică 10 %

Exclusivitate pentru România :

CHIROPTICA

Romulus Popescu s. a. r.

București 1, Strada Carol 22

Telefon : 3.32.10

Medicină preventivă

Mortalitatea infantilă în com. Alămor jud. Sibiu, pe anii 1932—1941

de

Dr. Virgil Armeanu

Medic de circumscripție

Comunicarea de față are de scop a sublinia rezultatele unor strădanii, în anul 1941, care constau în aplicarea unora din măsurile ce se pot lua pe teren atunci când medicul n'are alt ajutor decât dispensarul, sora de ocrotire și moașa comunală.

Este important să amintesc că *dispensarul*, care funcționează de un an, nu este înzestrat cu materiale, instrumentar ori mobilier special, doar cu duhul binelui obștesc și al datoriei față de problema ce așteaptă rezolvarea noastră; *sora de ocrotire* este în al 2-lea an de serviciu, iar *moașa* este comunală, de „profesiune” agricultoare.

Dela început am încercat să se înțeleagă dictonul: „Nici un copil nou născut nu are voie să moară până la vârsta de un an”, iar elementele ce mă ajută au datorita să înlocuiască *ignoranța mamei* cu *grija* cea mai bună.

Mijloacele întrebuințate pentru obținerea unei scăderi apreciable a mortalității infantile sunt acelea pe care le poate avea un medic în mediul rural și anume:

1. Obligatorietatea examenului medical al gravidei în ultima lună a sarcinei, cu care ocazie primește sfaturi importante pentru actul nașterii și primele îngrijiri ale nou născutului. (În anul 1941: 38 mame);
2. Asistență prelungită din partea *moașei* (10-14 zile, la nevoie chiar 20 zile) și extinsă (baia, îngrijirea ru-felor și înfășutul, alimentarea mamei și a noului născut, ceaiul, camera, aerul, somnul, etc.);
3. Preluarea îngrijirii de către *sora de ocrotire*, cu vizite regulate și demonstrații, de 2-3 ori la săptămână, în prima lună și săptămânal, în primele 3 luni, cu prezentarea și controlul la dispensar;
4. Asistență promptă a *medicului* în caz de nevoie;
5. Incurajarea îngrijirii și respectării sfaturilor date și a demonstrațiilor făcute prin *do-nații* de rufe, săpun, zahăr, gris, etc., și o „atenție deosebită” față de bolnavii familiei;
6. Educația extrașcolarelor în rolul lor de viitoare mame. (O măsură cu rezultate bune în viitor).

Examinând mortalitatea infantilă, pe ultimii 10 ani, în comuna Alămor, județul Sibiu, se observă o creștere și o descreștere a acesteia, — creștere, care atinge maximul mortalității infantile în anul 1940 (23.91%) și o bruscă scădere în anul 1941 (9.61%).

În anul 1932 mortalitatea infantilă se menține ridicată: 19.32% (față de 14.3%, care reprezintă media pe jud. Sibiu, în anii 1933-37), ca să descrească în

anul următor, nu printr-o scădere apreciabilă a morților sub un an, ci prin natalitatea cea mai ridicată din ultimii 15 ani, (cu 20 nașteri mai mult față de anul precedent).

În anul 1943 (comuna Alămor are medic de circumscripție în Armeni), natalitatea scade cu 18 nașteri, la fel scade și mortalitatea infantilă, curba ridicându-se din cauza scăderii exagerate a natalității.

Anul 1935 înregistrează o mortalitate infantilă mare (23.44%), epidemia de enterită acută (dizenteriformă), tusea convulsivă și debilitatea congenitală, secerând 15 din 64 nou născuți.

Anii 1936, 1937, 1938 și 1939 reprezintă o medie a mortalității infantile puțin mai ridicată (14.91%) decât media acesteia pe județ (14.3%), circumscripția având medic mai constant.

Anul 1940 atinge cifra cea mai ridicată a mortalității infantile (23.91%), pentru motivele de mai jos:

a) Circumscripția a fost lipsită de medic în intervalul: 2 Februarie — 18 Septembrie 1940, iar mamele nu căutau medicul, nici unul din morți nefiind văzuți de medic în timpul bolii;

b) Epidemia de enterită acută (dizenteriformă) și tuse convulsivă.

c) Natalitatea a fost cea mai scăzută în ultimii 10 ani (31 nașteri mai puțin decât în anul 1933);

În anul 1941 se mută sediul circumscripției la Alămor și la acest nivel (23.91%) am găsit cifra mortalității infantile din anul 1940.

În acest an o nouă epidemie de dizenterie, enterită dizenteriformă și tuse convulsivă atinge și această comună. Cu toate acestea cifra mortalității infantile scade la 9.61%, — cifră neatinsă până în acest an în comuna Alămor, având doar 5 morți sub un an (la 52 nașteri) un prematur, adus din Sibiu la 23 zile dela naștere, un caz de dizenterie, un caz de bronho-pneumonie, netratat din cauza absenței medicului, și 2 debili congenitali.

Această cifră a fost întrecută în comuna Păuca, din aceeași circumscripție, unde mortalitatea infantilă, dela 17.30% din anul 1940, a scăzut la 8.47% în anul 1941.

Nu aceeași constatare o pot face pentru comuna Bogata, în care niciunul din factorii medico-sociali, economici și culturali (aproape inexistenți) nu contribuie la îmbunătățirea situației, reușind doar ca din starea mizerabilă a mortalității infantile din anul 1940 (31.66%) să o aduc la o stare rea în anul 1941 (20.36%).

Revista cărților

„Elemente de Chirurgie, pentru studenți și medici practicieni” de Prof. Dr. Al. Pop.

Un volum, format mare, de 856 pagini și 754 figuri în text, apărut în Editura H. Welther, Sibiu 1943.

„Dedic această carte Maestrului meu iubit Prof. Dr. I. Iacobovici, întemeietorul Școlii de Chirurgie din Transilvania”.

Prin aceste cuvinte, autorul cărții ne indică dela început spiritul școlii pe care o reprezintă și exprimă în același timp sentimente de recunoștință față de Maestrul său.

Și într-adevăr, în dezvoltarea științifică a Chirurgiei românești pe pământul Daciei Superioare, se va prezenta câteva puncte de răscruce, etape de importanță fundamentală.

Anul 1919, epoca glorioasă constructivă, când Prof. Dr. I. Iacobovici, mănât de un destin fericit, ocupă catedra de clinică chirurgicală la Universitatea din Cluj și pune piatra fundamentală a primului altar închinat științei chirurgicale, pe pământul Transilvaniei desrobite, creiază o școală chirurgicală, o familie, o adevărată realitate spirituală. Dela început îl pasionează instrucția cât mai practică a studentului în medicină: „Ochiul fixează mai bine decât urechea”.

Străduințele Maestrului se concretizează în apariția manualului său: „Propedeutică chirurgicală” (1927), lucrarea concepută practic, care a servit la pregătirea a lor întregi generații de medici români. Cartea este astăzi complet epuizată.

Ca o nouă etapă marcantă în activitatea școlii de chirurgie transilvănene și a chirurgiei românești, în general, considerăm apariția cărții: „Elemente de Chirurgie”, datorită Prof. Dr. Al. Pop, titularul catedrei de chirurgie dela Facultatea de Medicină din Cluj-Sibiu.

Personalitatea clinică și științifică a Prof. Pop, este atât de bine cunoscută, încât lucrarea sa constituie dela început garanția unei opere teinice.

Autorul dăruiește literaturii medicale românești o valoroasă lucrare, bogată în fond și impecabilă ca formă, care va împodobi vitrina cărții românești.

Menținându-se pe aceeași linie a școlii, cartea a fost scrisă, cum însuși autorul o mărturisește în prefață: „cu scopul de a introduce studentul în studiul vast al chirurgiei și de a oferi medicului practician un îndreptar pentru deseale sale preocupări chirurgicale de toate zilele”.

Și a reușit pe deplin în atingerea scopului propus.

Lucrarea încadrează bogata experiență clinică a autorului, lublă de un remarcabil simț didactic și e alimentată de observații și cercetări personale, precum și de tot ce s'a lucrat până cum în acest domeniu.

Clasarea judicioasă și repartitia sistematică a materialului este proprie autorului. Fiecare capitol formează un întreg bine încheiat și lasă să reese nota personală a clinicianului cu vastă experiență și bogate cunoștințe.

Din punct de vedere al repartitiei materialului, cartea se împarte în două părți, conținând fiecare parte numai problemele care trebuie să preocupe deaproape pe studentul în medicină și medicul practician, urmând ca celelalte probleme chirurgicale să treacă materialul unui al doilea volum, care se găsește în lucru.

Partea întâia cuprinde: Noțiuni de patologie chirurgicală.

Capitolul I, conține: Traumatologia.

După expunerea considerațiilor de ordin general, trece studiul traumatismelor mecano-dinamice ale straturilor dela suprafață și din profunzime, unde tratează pe larg problema plăilor și a plăgilor de războiu în general; continuă cu traumatismele prin forță hidro- și aero-dinamică, prin agenți chimici și ioni, pentru ca să abordeze traumatismele pe sisteme de organe

și regiuni (tendoane, mușchi, vase limfatice și sanghine, articulații, sisteme osoase, craniene, toracice și abdominale). Urmează traumatismele sportive și complicațiile funcționale și septice ale traumatismelor.

Capitolul II., conține: Infecțiunile chirurgicale (acute și cronice), dând acestei probleme o importanță deosebită în dezvoltare; ca erizipelul, cărbunele bacteridian, tetanosul, difteria plăgilor, flegmoanele (gazos, etc.), furunculoza, abcese, panariții, etc.

Capitolul III.: Leziunile vinelor, hemoroizii, fisură anală, flebita și ulcerul varicos.

Capitolul IV: Deformațiunile picioarelor: picior equin, talus, varus (congenital și câștigat), piciorul strâmb, etc., suferințele laabei și degetelor piciorului.

Capitolul V.: Durerile reumatice și tratamentul lor chirurgical: nevrite și nevralgii, mialgii, miogetoze, artropatii, rachiialgii, etc.

Capitolul VI: Tumori dela suprafață.

Capitolul VII: Primul ajutor și transportul, problemă căreia îi dă o dezvoltare deosebită. După ce studiază marile sindrome chirurgicale care necesită primul ajutor: pierderea conștiinței, hemoptizia, hematemiza, asfixia, otrăvirile (cu gaze și substanțe chimice de luptă), innecul, combustia, congelăția, etc. trece la transportul accidentaților și bolnavilor, dând acestui capitol o expunere judicioasă.

Partea a doua a cărții conține: Elemente de terapeutică chirurgicală.

Capitolul I., cuprinde: Generalități, organizarea camerei de operație, materialul și instrumentarul chirurgical, aseptia și antisepsia, etc.

Capitolul II: Pregătirea intervenției: pregătirea bolnavului, a operatorului și ajutorului, chirurgia în mediul improvizat.

Capitolul III: Prevenirea durerii și îngrijirea postoperatorie. Narcozele, tehnica, accidentele și combaterea lor; anestezia locală și regională, îngrijirea postoperatorie.

Capitolul IV: Micile operațiuni de urgență, injecțiunile, injecțiunile hidratante, recoltarea de sânge, transfuzia de sânge, evacuarea lichidelor, parafimoza, drenajul rănilor, biopsia, tracheotomia, legătura arterelor la nivelul membrelor, amputarea și dezarticularea extremității membrelor, izolarea câmpului operator, rolul ajutorului în operațiunile de mică chirurgie.

Capitolul V: Fixarea pansamentelor (adesive, cu substanțe cleioase, pansamente improvizate). Fixarea pansamentelor pe regiuni.

Capitolul VI: Pansamentele de imobilizare (actele și pansamentele gipsate). Pansamentele de imobilizare pe regiuni, pansamentele de extensie și compresive.

Capitolul VII: Bandajele mecanice, elastice, herniare.

Capitolul VIII: Elemente de mecano-, kinesi- și fizioterapie.

Capitolul IX: Noțiuni de kryo-, termo-, hidro-, helio-, foto- și electroterapie. Frigul, căldura, lămpile radiatoare (Sollux, Vitalux, Profundus), termoforul, helioterapia, fototerapia, electroterapia.

Capitolul X: Noțiuni de sero- și vaccinoterapie. Seroterapia, seroprofilaxia, accidentele anafilactice serice, prevenirea și tratamentul lor. Vaccinoterapia, anatoxina.

Cartea se termină cu o tablă de materii sistematic alcătuită și un indice alfabetic.

Această carte de chirurgie, în urma bogăției de cunoștințe ce ne dă și prin expunerea limpede și frumoasă a materiei ce tratează, este de o reală utilitate nu numai studentului în medicină și medicului practician, dar și specialistului dornic să se țină în curent cu progresele științei, găsind în ea precizarea multor ches-

tiuni de litigiu și un izvor de bogate informații asupra problemelor chirurgicale de actualitate.

Un cuvânt de laudă bine meritată se cuvine *d-lui asistent Dr. Aurel Nana și fiului prof. Pop, Alexandru*, student în medicină, pentru munca depusă în executarea artistică a schițelor și desenelelor ce însoțesc cartea.

Elogiile noastre se îndreaptă și *Editurii H. Welther, Sibiu*, care în vremurile grele de astăzi și-a dat toată silința pentru o editare ce o onorează.

În concluzie, cartea „*Elemente de Chirurgie*” a *Profesorului Alexandru Pop* se impune prin menirea și calitățile ei.

Prof. Dr. Emil Țeposu

Note și informațiuni

Decrete — Decizii

Prin Decretul Nr. 1057 publicat în Monitorul Oficial Nr. 91 din 17 Aprilie 1943, au fost numiți pe termen de 3 ani membrii Consiliului sanitar superior ce funcționează pe lângă Ministerul Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale.

In Monitorul Oficial Nr. 91 din 17 Aprilie 1943, s'au publicat posturi vacante de medici primari de spital, med. de oraș, med. de circumscripție rurale. Pentru Ardeal sunt vacante: Medic primar internist al spitalului Oravița jud. Caraș, Medic al circumscripției Curtici jud. Arad și Medic al circumscripției Racoșul de jos jud. Târnava Mare.

Prin Decizia Ministerială Nr. 5109 publicată în Mon. Oficial Nr. 96 din 23 Aprilie 1943, au fost delimitate pe Județe Inspectoratele generale sanitare și de ocrotire regionale. Inspectoratul general sanitar și de ocrotire regional IV, cu reședința în Sibiu cuprinde județele: Alba, Arad, Brașov, Bihor, Caraș, Făgăraș, Hunedoara, Severin, Sibiu, Târnava Mare, Târnava Mică, Timiș și Cluj-Turda.

In Monitorul Oficial Nr. 96 din 23 Apr. 1943, s'a publicat concurs pentru ocuparea posturilor de medici primari la Institutul chirurgical dela spitalul Colentina din București și Medic primar al serviciului medical dela Spitalul de copii din București.

Prin Decizia Ministerială Nr. 2238 publicată în Mon. Oficial Nr. 97 din 28 Apr. 1943, s'au fixat alocațiile de hrană pentru internații în spitale și sanatorii de tuberculoză, începând cu 15 Apr. 1943.

In Monitorul Oficial Nr. 97 din 28 Apr. 1943, s'a publicat raportul de chemare prin numire ca titular la catedra de igienă generală dela Facultatea de medicină din Cluj-Sibiu, a *D-lui Dr. Iosif Stoichiția*, secretar general al Ministerului Sănătății și Ocrotirilor Sociale.

In Monitorul Oficial Nr. 101 din 3 Mai 1943, s'a publicat Decizia ministerială Nr. 6725 privind dispozițiuni generale pentru îngrijirea bolnavilor în spitale și Tabloul taxelor speciale pentru intervenții chirurgicale, examene radiologice, analize, etc.

In Monitorul Oficial Nr. 102 din 4 Mai 1943, s'a publicat Decizia ministerială Nr. 5.864 prin care s'au dat delegații de inspectori generali sanitari regionali.

În același Monitor s'a publicat numirile membrilor următoarelor Comisii ce funcționează pe lângă Ministerul Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale:

1. Comisia Administrativă. 2. Comisia boalelor sociale. 3. Comisia boalelor infecțioase. 4. Comisia ocrotirii mamei și copilului. 5. Comisia farmacoterapeutică.

In Monitorul Oficial Nr. 108 din 11 Mai 1943, a apărut Decizia Ministerială Nr. 7982 prin care se înființează pe data de 1 Mai 1943, în București, Școala de tehnicieni dentari și tehnicieni radiologi.

In Monitorul Oficial Nr. 110 din 13 Mai 1943, a apărut Decizia ministerială Nr. 7761, prin care se acordă tuturor medicilor din Serviciul Min. Sănătății, cu reședința permanentă în mediul rural, o primă de reședință de 2.000 lei lunar.

Idem, prin Decizia Nr. 7762, tuturor surorilor de ocrotire, cu reședința permanentă în mediul rural o primă fixă de reședință de 1.500 lei, lunar.

Prin Decizia ministerială Nr. 7824 din 5 Mai 1943, publicată în Monitorul Oficial Nr. 112 din 13 Mai 1943, *D-l Dr. Mihalca Iosif* a fost numit provizoriu până la concurs, pe ziua de 15 Mai, medic secundar de laborator la Institutul de cancer din Cluj-Sibiu.

Concursuri

Ministerul Sănătății a anunțat ținerea următoarelor concursuri: În ziua de 24 Iunie a. c., la București Iași și Sibiu concursuri de medici secundari de Spital. Inscriserile se fac pentru București la Ministerul Sănătății (Calea Plevnei 19), la Iași și Sibiu la Inspectoratele generale sanitare respective.

În ziua de 22 Iunie a. c., ora 9 dim. la Minister Sănătății examene de clasificare de medici primari de specialitate. Inscriserile la Ministerul Sănătății până 12 Iunie.

În ziua de 23 Iunie a. c., ora 9 dim., la Minister Sănătății examene de clasificare pentru medici șefi de județe. Inscriserile până la 13 Iunie a. c.

În ziua de 21 Iunie a. c., ora 9 dim. la Minister Sănătății concursul pentru ocuparea a 2 locuri inspectori generali sanitari.

La 1 Iulie a. c., examen de clasificare pentru medicii comunali și de circumscripție la București (Ministerul Sănătății), Iași și Sibiu (la Inspectoratele respective).

Intrebuintati zilnic:

PACYL

contra Hypertensiunii

Coborîrea moderată a Tensiunii Arteriale ridicate.
Potolirea spasmelor vasculare.
Îmbunătățirea, pe cale bucală, a indispozițiilor subiective.

DIWAG

CHEMISCHE FABRIKEN A.G., BERLIN-WAIDMANNSLUST

Pentru mostre și prospecte adresați-vă:

Odol S. A. R. București, Str. Apostol Margarit 22

Redacționale

Costul anual al abonamentului la revistă este de Lei 800. Pentru autorități 2000 Lei.

Costul unui număr este 150 Lei. — Abonamentele se plătesc anticipativ prin mandate poștale pe adresa: Administrația Ardealul Medical, Clinica ginecologică și obstetricală, Cluj-Sibiu, strada Haller 1.

Toată corespondența referitoare la chestiuni de redacție și administrație se va adresa: Clinica ginecologică și obstetricală Cluj-Sibiu, str. Haller Nr. 1.

Revistele generale și articolele originale vor fi publicate întregi. Nu se admit articole cu urmare. Articolele nu vor depăși 4 pagini de revistă. Costul tiparului peste 4 pagini va fi suportat de autor, 1000 Lei pagina.

Autorii vor prezenta odată cu articolul și un mic rezumat în românește, franțuzește și nemțește.

Costul extraselor îl privește pe autor și jumătate din el se trimite deodată cu manuscrisul pe numele tipografiei, care altfel nu e obligată a face extrasele.

Se refuză articolele de critică și polemică ce vizează persoane, ca și articolele cari au fost deja publicate într-una din revistele din țară.

Recensiile articolelor originale vor fi scurte (maximum 15 rânduri tipărite, aprox. 30 rânduri scrise). Ele vor începe cu titlul lucrării în românește, titlul original (în paranteză), autorul, revista, numărul revistei, pagina și anul.

Toate manuscrisele vor fi dactilografiate.

Costul clișeelelor privește pe autori și vor fi comandate de autori după formatul revistei.

Domnii abonați sunt rugați să anunțe la timp schimbarea domiciliului, pentru a evita orice neînțelegere în legătură cu expedierea revistei.

Anunțurile se angajează direct prin Administrația revistei cu tariful următor:

În interiorul revistei 1 pagină 3000 Lei, 1/2 pagină 1600 Lei

Paginile de pe copertă și fixe au tarif special.

Pentru encartage se plătește 1 Leu de fiecare inserat.

Pentru anunțuri plasate pe pagina recto se socotește un plus de 30%.

Pentru anunțuri periodice (băi, staț. balneare, staț. climaterice etc.) se plătește un plus de 50%.

4500

4000

3500

3000

2500

2000

1500

1000

500

Neptal

DIURETIC MERCURIAL

cu acțiune puternică
și rapidă

INDICAȚII
LA MEDICAȚIA TONI-CARDIACĂ
REDUCEREA EDEMELOR ȘI
DE ORIGINE CARDIO-RENALĂ
PERITONEALE

PREGĂTIREA
A REVĂRSĂRILOR
RESORBIREA REVĂRSĂRILOR

NEPTALUL CONSTITUE DEASEMENEA
O MEDICAȚIE ANTISIFILITICĂ
ELECTIVĂ A CARDIO-AORTITELOR

în injecții intramusculare intraperitoneale sau intravenoase.

— SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE —
SPECIA MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE
21, RUE JEAN GOUJON - PARIS (8^e)

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXIII

SIBIUL MEDICAL

Anul VIII

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICA

Anul VI

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Organ Oficial al Facultății de Medicină din Cluj-Sibiu, Societății Științelor Medicale din Cluj-Sibiu
Inspectoratului General Sanitar Sibiu și al Colegiilor Medicilor din Inspectoratul General Sanitar Sibiu

COMITETUL DE REDACȚIE:

Prof. Dr. I. Aleman, Prof. Dr. V. Baroni, Prof. Dr. Gr. Benetato, Prof. Dr. V. Bologa, Prof. Dr. Gh. Buzoianu, Prof. Dr. C. Crișan, Dr. I. Cosma, Prof. Dr. L. Daniello, Dr. I. Fabritius, Doc. Dr. O. Filipescu, Prof. Dr. I. Goia, Prof. Dr. C. Grigoriu, Prof. Dr. M. Hângănuț, Prof. Dr. I. Hațieganu, Dr. L. Ionașiu, Prof. Dr. M. Kernbach, Prof. Dr. I. Manta, M. Manta, Dr. C. Manta, Prof. Dr. D. Michail, Prof. Dr. I. Moldovan, Prof. Dr. D. Negru, Prof. Dr. V. Papilian, Prof. Dr. Al. Pop, Prof. Dr. R. Popa, Prof. Dr. Gh. Popoviciu, Conf. Dr. Tr. Popovici, Dr. A. Popu, Dr. Gh. Preda, Prof. Dr. S. Secăreanu, Dr. I. Stoichiția, Prof. Dr. M. Sturza, Dr. I. Sturza, Prof. Dr. C. Tătaru, Prof. Dr. E. Teposu, Prof. Dr. C. Urechia, Dr. L. Ursu, Prof. Dr. T. Vasiliu, Prof. Dr. C. Velluda.

DIRECTOR:

Conf. Dr. I. GAVRILĂ

REDACȚIA
ȘI ADMINISTRAȚIA

Clinica ginecologică și
obstetricală Cluj-Sibiu,
str. Haller Nr. 1

Telefon 45

*Pentru hormonoterapie cu substanțe
active proprii corpului**

PROGYNON PROLUTON

pentru tratamentul
insuficienței ovariene
(și al cazurilor grave)

pentru tratamentul
hemoragiilor genitale
și al avortului repetat

TESTOVIRON

pentru terapia insuficienței
sexuale masculine

* Organismul nostru este adaptat acestor corpuri, al căror metabolism intermediar nu necesită noi funcțiuni. Deci tratamentul cu substanțe proprii corpului, dozate rațional, are multe avantaje, motiv suficient pentru a prefera pe cât posibil aceste substanțe, dacă putem obține cu ele același rezultat ca și cu medicamente străine corpului. —

Klin. Wschr. 1938, N. 19, S. 633

Literatură detaliată și îndrumări referitor la dozaj stau la dispoziție

SCHERING A. G. BERLIN

Biroul științific București, Str. Clemenceau No. 6

Tel. : 3.58.05





La tuse intensă

Cardiazol-Dicodid- picături

Flacoane à 10 gr.



Dozare: sugari primesc de 2-3 ori pe zi 1-5 picături; copii mai mari de 3 ori pe zi 5-10 picături; adulți de 2-3 ori pe zi 15-20 picături.

KNOLL A.-G., Fabriici chimice, LUDWIGSHAFEN PE RIN

Knoll S.A.R., Str. Atena 29, București 3.



D. D. Medici sunt anunțați pe această cale, că am pus în vânzare noul produs

ANTISCORBIN

Ultima expresie a științei în prepararea produselor de vitamină „C.” (L-Ascorbinat de Sodiu), — Produs ce înlocuește, cu efecte superioare, produsul nostru anterior ASCORBIN.

Binevoiți a reține, deci, denumirea

ANTISCORBIN

Pentru formele :

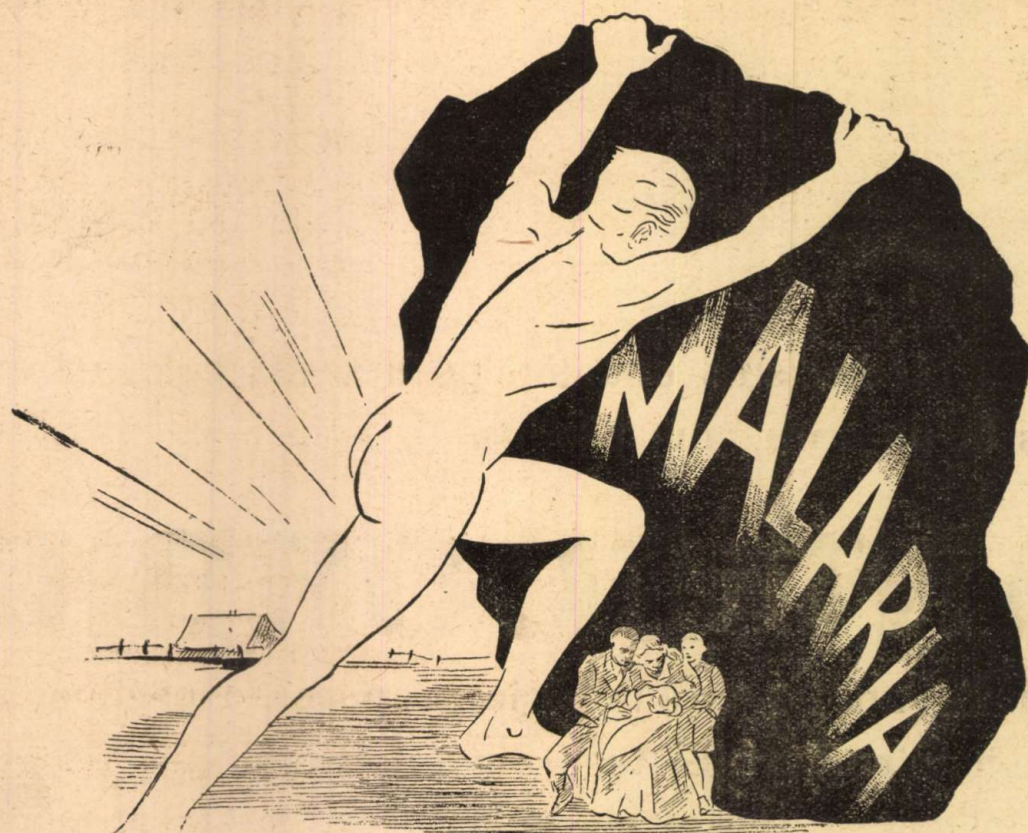
- a) INJEȚII (L-Ascorbinat de Sodiu): 0,05/1 cmc — cutia cu 10 fiole
- | | | | | | |
|--------|---|---|---|---|---|
| 0,10/2 | ” | ” | ” | 5 | ” |
| 0,50/5 | ” | ” | ” | 3 | ” |

- b) TABLETE (Acid Ascorbic): Tubul cu 12 Tablete 0,05 gr.

Fabrica HYGEA-CLUJ S. A. R., București

Splaiul Unirii 127

Telefon 4—22—44



In tratamentul eficace al malariei

ATEBRIN

Asigură defervescență rapidă și o durată minimă de tratament. Toleranță bună. Cota recidivelor foarte redusă. Economie maximă.

»Bayer«



LEVERKUSEN

Reprezentanța generală pentru România:

„ROMIGEFA“ S. A. R., București I, strada Brezoianu 53, Tel. 6.01.80

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXIV

SIBIUL MEDICAL

Anul IX

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VII

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

SUMARUL:

Prof. Dr. T. Vasiliu și Dr. V. Dahnovici: Leziunile anatomice în tifusul exantematic . . .	Pag. 265
Conf. Dr. I. Gavrilă: Considerațiuni clinice asupra cazurilor de tifus exantematic tratate în Serviciul de contagioși din Spitalul Public Sibiu	" 266
Dr. Dahnovici și Dr. Cosma: O metodă rapidă pentru diagnosticul tifusului exantematic . .	" 270
Conf. Dr. I. Gavrilă, Dr. I. Macavei și Dr. V. Cosma: Mielograma în tifusul exantematic	" 270
Dr. Niculae Zolog: Obliterațiile a arterei centrale a retinei în cursul tifusului exantematic . .	" 273
Dr. I. Ardelean: Etiologia, diagnosticul etiologic și profilaxia specifică a tifusului exantematic .	" 274
Dr. T. Turcu: Epidemiologia tifusului exantematic clasic	" 280
P. Râmneanu și N. Maier: Cercetări asupra tifusului exantematic din Transilvania de Nord .	" 285
Dr. Oprean Octavian: Combaterea pe teren a tifusului exantematic	" 289
Dr. Paul Sirbu și Dr. N. Gherman: Contribuțiuni la combaterea tifusului exantematic . .	" 291
 Societăți medicale	" 294
 Revista cărților	" 309
Tratamentul bolilor interne, de Ferdinand Hoff	" 309
Sistemul acidului adenilic, de Dr. W. Herbrandt și Dr. K. H. Jäger	" 309
 Revista revistelor	" 310
 Note și informațiuni:	
Decrete, deciziuni	" 311

BIOLACTYL

PREZENTARE: 1. Cultură lichidă (cutii cu 2 și 6 flacoane de câte 60 gr.)
2. Cultură uscată (tuburi cu 30 și 60 comprimate).

Indicațiuni Principale

Putrefacțiile intestinale și auto-intoxicațiile secundare

Toate enteritele, diareile infecțioase, tiflitele, peritiflitele și apendicitele cronice sau sub-acute, disenteria, parazitoze intestinale, dermatozele cu punct de plecare intestinal (eczemă, prurigo, urticarie scrofulus), turburări nervoase prin auto-intoxicații, amețeli, (migrene, insomnii, dureri de cap), etc., și în sfârșit colibacilozele.

Indicațiuni Secundare

Afecțiuni ginecologice:

Vaginite, scurgeri purulente (chiar în timpul sarcinei), plăgi infectate vulvare, vaginale sau cervicale, în lehuzie sau nașteri grele. - Bulionul lactic se prepară imediat înainte de întrebuințare, amestecând cultura lichidă cu lactoză.

Afecțiuni urologice: În cistite; instilațiuni cu BIOLACTYL.

Tratamentul plăgilor: În pansamente umede BIOLACTYL are o remarcabilă acțiune bactericidă și cicatrizantă.

Modul de întrebuințare:

CULTURA LICHIDĂ: Doza mijlocie, un flacon pe zi (câte $\frac{1}{2}$ flacon înaintea celor două mese principale). **CULTURA USCATĂ:** 4—8 comprimate pe zi. Este recomandabil a se lua cu o bucată de zahăr sau apă zaharată, deoarece astfel dezvoltarea intra-intestinală a acidului lactic născând este considerabil favorizată.

LABORATOIRES FOURNIER FRÈRES — PARIS

Eșantioane și Literatură:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEȚIA” S. A. R.

103, Strada Toamnei, BUCUREȘTI III. Telefon 13815

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXIV

SIBIUL MEDICAL

Anul IX

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VII

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Leziunile anatomice în tifusul exantematic

de

Prof. Dr. T. Vasiliu și Dr. V. Dahnovici

Tifusul exantematic în războiul nostru trecut și-a făcut apariția în țara noastră în anul 1916—17, după părăsirea Bucureștilor și retragerea trupelor în Moldova. Se cunoștea la noi, printre puținele cazuri, o mică epidemie, care s'a produs la periferia Bucureștilor în 1910, în cartierul țigănesc. Atunci a fost studiat din punct de vedere clinic și anatomo-patologic de Babeș, Slătineanu și Gălănescu. În campania noastră trecută, din anul 1916, epidemia începe între trupele răspândite în diferite sate și orașe din Moldova, în lunile Noiembrie și Decembrie. În acest timp unul din noi a fost trimis la Bacău cu un laborator mobil de bacteriologie, care posedă o foarte bună instalație în lăzi de laborator pentru cercetări bacteriologice și anatomo-patologice. S'au practicat peste 300 de autopsii, în acel centru mare de triaj și de ospitalizare pentru toate boalele contagioase ca: holeră, tifus recurent și tifus exantematic. Tot acolo a funcționat și o societate numită „Reunion Médicale de la II-ème Armée”, unde erau o seamă de medici români și francezi. La început am căutat prin metoda lui Fränkel, adică examenul histologic al peteștilor, să stabilim cu certitudine diagnosticul. Această metodă nu s'a dovedit practică, mai cu seamă acolo unde laboratoarele sunt improvizate. Certitudinea în diagnosticul tifusului exantematic a rămas totuși clinică, mai cu seamă după primele cazuri tipice. Autopsiile făcute regulat la toți cei sucombați în această vreme în centrul spitalicesc despre care am vorbit, ne-au arătat că deși leziunile anatomo-patologice nu sunt specifice, totuși diagnosticul anatomo-patologic a fost absolut necesar, chiar prin metodă de excludere a leziunilor mai caracteristice ca: febră tifoidă, dizenteria, tuberculoză etc. O constatare făcută și prezentată la una din ședințele reuniunii medicale a Armatei, după stingerea aproape totală a epidemiei din vara anului 1917, este că moartea în tifusul exantematic este datorită în peste 65% din cazuri, complicațiilor septice ca pleurezii,

mediastinite, abcese, plelrite, gangrene, etc. Însă cele mai multe cazuri mortale întovărășite de forme septice se pot explica de virusul tifusului exantematic, cât și de împrejurările condiționale timpulul de război.

În ședința dela 10 Iunie 1917, la Bacău, am relatat cercetările făcute pentru punerea diagnosticului prin secțiuni histologice din peteștile din piele, arătând că nu este o metodă practică. Leziunile anatomo-patologice sunt puțin caracteristice în tifusul exantematic, încât nu se putea confirma un caz de tifus exantematic decât prin excludere. Splina este totdeauna mărită, dar nu foarte, nedepășind 200 gr. Din constatările anatomo-patologice reiese că cea mai deasă complicație este septicemia cu bacterii septici. Moartea la tifusul exantematic este greu de precizat ca mecanism, deoarece leziunile anatomo-patologice ale inimii nu explică insuficiență și mai cu seamă moartea. Leziunile sistemului nervos sunt însemnate, și lor li se poate atribui o parte din elementele care duc la moarte. Cu materialul recoltat în timpul războiului trecut din Danilopolu, Marinescu, Lupu, Petrescu și Crăciun au arătat mai pe larg leziunile anatomo-patologice, în special ale sistemului nervos și ale sistemului vegetativ.

În timpul actualului război, în acest an, la Prosectura Spitalului Public din Sibiu am autopsiat două cadavre; un al treilea cadavru a fost autopsiat la Spitalul Militar. La toate trei au fost complicații pulmonare hemoragice, cu splină mare și chiar moale. Am găsit la toate trei leziuni cunoscute nodulare vasculare în centrul nervoși (nuclei cenuși și scoarță). Diagnosticul anatomo-patologic pe masa de autopsie este făcut tot prin excludere, și nici histologia patologică nu poate duce la o confirmare sigură a unui caz dubios. Totuși executarea autopsiei este necesară totdeauna, pentru că ea înlătură erori grave ce s'ar putea face chiar în cazul unde reacțiile de aglutinare sunt pozitive. Metoda examenului histologic al peteștilor într'un laborator bine instalat, chiar din zona

frontului, poate contribui la confirmarea diagnosticului și declararea primelor cazuri, și acolo unde reacțiile n-au fost precise sau chiar au fost dubioase. Constatările din acest domeniu publicate de patologii de campanie germani, sunt concordante cu cele publicate de unul din noi în raportul ce l-am făcut după cercetările anatomo-patologice din războiul mondial trecut, și anume: complicațiile care duc la sfârșitul fatal pe cel mai mult dintre exantematici, sunt septicemiile și complicațiile septice.

RESUMÉ

Les lésions anatomiques dans le typhus exanthématique

Les auteurs ont fait l'autopsie de trois cadavres de typhus exanthématique. Dans tous les trois cas on a trouvé des complications pulmonaires, hémorragiques, la rate grosse et molle. On a constaté dans les centres nerveux les lésions nodulaires vasculaires connues.

Le diagnostic anatomo-pathologique sur la table d'autopsie se fait par exclusion, même l'histologie pathologique ne peut pas confirmer un cas douteux de maladie. L'exécution de l'autopsie est toujours nécessaire, parce qu'on évite ainsi quelques graves erreurs, qu'on pourrait faire.

ZUSAMMENFASSUNG

Anatomische Läsionen in Typhus exanthematicus

Die Verfasser haben im Jahre 1943 an 3 Leichnamen mit exanthematischem Typhus Autopsien vorgenommen. In allen 3 Fällen wurden Lungenkomplikationen, innere Blutungen und grosse, weiche Milz nachgewiesen. Es wurden in allen Fälle knotenartige, Gefässläsionen in den Nervenzentren festgestellt.

Die anatomisch-pathologische Diagnose auf dem Sektionstisch wird durch Ausschlüsse gemacht. Selbst die pathologische Histologie kann einen zweifelhaften Fall nicht mit Sicherheit bestätigen. Die Autopsie ist immer notwendig, weil dadurch schwere Fehler, die vorkommen könnten, vermieden werden.

Considerațiuni clinice asupra cazurilor de tifus exantematic tratate în Serviciul de contagioși din Spitalul Public Sibiu

de

Conf. Dr. I. Gavrila

Într'un articol anterior (*Ardealul Medical*, Nr. 4, 1943), am făcut câteva considerațiuni generale asupra tifusului exantematic. În lucrarea prezentă vom examina tabloul clinic prezentat de cazurile noastre cu această boală.

În primele 5 luni ale anului 1943 au fost internate și tratate în Serviciul de contagioși din Spitalul Public din Sibiu un număr de 104 cazuri de tifus exantematic.

Tabloul clinic. În ce privește evoluția clinică a cazurilor noastre, ea s'a prezentat cu simptomatologia clasică mai mult sau mai puțin completă. Din punct de vedere al evoluției clinice, noi distingem trei forme principale de boală: forme ușoare, forme mijlocii și forme grave de boală.

Formele ușoare sunt caracterizate prin simptome clinice mai reduse: începutul bolii este mai ușor, temperatura nu este mare, 37,5—39°, durata perioadelor febrile este mai redusă, 8—12 zile, exantemul există, însă el nu la nuanță hemoragică, de obicei nu este prea intens. Starea generală a bolnavului este bună, uneori foarte bună, lipsesc fenomenele nervoase: de torpoare sau de agitație; lipsesc fenomenele de insuficiență

cardiovasculară. Complicațiile în aceste cazuri sunt mai rare. Uneori această formă poate trece neobservată, poate fi dusă pe picioare, de aci importanța ei epidemiologică. Convalescența este scurtă, toate cazurile se vindecă. În special copiii fac aceste forme ușoare.

În **formele mijlocii** de boală toate aceste simptome sunt ceva mai accentuate, însă totuși simptomele generale (temperatura, turburările nervoase, cardiovasculare) sunt încă destul de reduse, astfel că starea generală se menține încă relativ bună. De obicei și aceste cazuri se vindecă toate. Convalescența aci este ceva mai lungă, totuși după scăderea temperaturii de obicei bolnavii se refac destul de repede.

Formele grave de boală prezintă o simptomatologie foarte intensă. Boala se instalează brusc și adesea dela început cu simptome foarte accentuate. De obicei însă simptomatologia devine extrem de pronunțată în săptămâna a 2-a de boală. Temperatura este foarte urcată în mod constant, 40—41°. Fenomenele nervoase sunt extrem de importante: adinamie, stupeoare profundă, sau agitație intensă, delir, confuzie mintală, contracțiuni musculare fibrilare, carfologie, mai rar convulsii epi-

leptiforme. În același timp există turburări cardiovasculare importante: turburări vasomotorii, cianoza feței, conjunctivită, cianoza extremităților, uneori a întregului tegument, scăderea tensiunii arteriale, pulsul de obicei este foarte frecvent, moale, depresibil, apoi filiform. Exantemul este intens, clanotic, apoi hemoragic. Leucocitoza foarte urcată: 20.000 sau mai mult. Complicațiile în aceste cazuri sunt numeroase și destul de serioase uneori. Durata perioadelor febrile mai des este de 14–20 zile, rar este mai lungă.

În unele din aceste cazuri după defervescență fenomenele grave toxice și de insuficiență cardiovasculară se intensifică și mai mult, chiar pot duce încă la sfârșit letal. Convalescența este lungă.

Bine înțeles că între cazurile grave de boală există diferite grade de gravitate, unde sunt forme ipertoxice de boală, descrise de prof. Danileopolu, de o gravitate excepțională, în altele intensitatea simptomelor nu este tocmai așa de pronunțată.

Clasificând cazurile noastre din acest punct de vedere, ele se prezintă după tabloul următor:

Tabloul Nr. 1

Forma	Nr.	%	Letalitatea	
			Nr.	%
Ușoare . . .	39	37	—	—
Mijlocii . . .	33	32	—	—
Grave	32	31	4	—
Total .	104	—	4	3,84

Există deci 39 cazuri ușoare de boală (37%), 33 cazuri mijlocii (32%) și 32 grave (31%). Din cele grave au sucombat 4 cazuri; letalitatea raportată la numărul total al cazurilor este de 3,84%.

Ceea ce se constată în special este acest procent de mortalitate foarte redus în cazurile noastre.

Vârsta și forma clinică. Pentru a judeca raportul între vârsta bolnavilor și forma clinică, dăm aici tabloul Nr. 2:

Tabloul Nr. 2. — Vârsta și forma clinică

Vârsta	2–5 ani					30–40 ani		50–60 ani		60–70 ani		TOTAL
	2–5 ani	5–10 ani	10–15 ani	15–20 ani	20–30 ani	Nr.	Morți	Nr.	Morți	Nr.	Morți	
Ușoare..	7	9	9	5	4	3	—	1	1	—	—	39
Mijlocii.	2	6	4	4	5	7	—	5	—	—	—	33
Grave...	—	—	—	2	14	10	1	2	2	1	2	32
Total	9	15	13	11	23	20	1	8	3	1	2	104

Din acest tablou se constată o frecvență mai mare a cazurilor între vârsta de 20–40 de ani, apoi frecvența scade în ambele sensuri ale vârstei, totuși la vârsta bătrâneții boala este mai rară ca la a copilăriei.

În ce privește vârsta și gravitatea bolii, se constată în mod net că la vârsta copilăriei, până la 15 ani, există numai cazuri ușoare și mijlocii de boală și lipsesc cazurile grave. În schimb la vârsta peste 50 de ani cazurile aproape toate sunt grave și de un prognostic extrem de grav, pentru că între 50–60 ani din 3 cazuri sucombă 1, și între 60–70 sunt 2 cazuri, ambele cu sfârșit letal. Deci încă odată repetăm că prognosticul bolii este eminamente în raport cu vârsta bolnavilor, la vârsta copilăriei aproape nu există mortalitate, pe când peste 50 de ani mortalitatea este extrem de mare, fapte care se constată de altfel în toate statisticile.

Analiza câtorva simptome. Vom analiza câteva simptome clinice și de laborator de importanță deosebită pentru diagnosticul și prognosticul bolii și care poate nu sunt suficiente de evidențiate în tratatele clasice și în comunicări. Astfel sunt simptomele cardiovasculare, renale și altele.

Turburările cardiovasculare. Pe lângă turburările nervoase cele cardiovasculare sunt de o importanță capitală în cursul tifusului exantematic, aceasta în special în cazurile grave.

În toate cazurile grave de boală se constată turburări importante în circulația periferică, manifestate prin o cianoză mai mult sau mai puțin pronunțată a feței și a extremităților, uneori a întregului tegument. În același timp extremitățile sunt reci.

Constatăm apoi o scădere a tonusului vascular, pus în evidență în special prin scăderea tensiunii arteriale. Ipotensiunea arterială este un simptom destul de constant și ea poate avea o valoare diagnostică și prognostică în cursul bolii. Ipotensiunea poate fi utilizată în scop diagnostic uneori, pentru că ea de obicei se prezintă precoce, în primele 2–4 zile de boală, când deci încă nu avem nici exantemul apărut și încă nici reacția Well-Felix nu este pozitivă. Scăderea tensiunii arteriale poate avea o valoare prognostică, pentru că cu cât se instalează mai repede, cu cât este mai pronunțată, de obicei cu atât cazul este mai grav. În cazurile mortale scăderea tensiunii merge progresiv până la moarte. Mai deseori în primele zile de boală maxima este 10–9–8, care apoi scade progresiv la 7 și de obicei când scade la 6 sfârșitul letal se instalează. În cazurile unde evoluția se face spre vindecare, tensiunea se menține scăzută la 8–9 câțiva vreme, apoi în cursul convalescenței începe a reveni progresiv la normal.

În cazurile grave de boală este indiscutabil că există aproape în mod constant și semne de miocardită, deși unii autori consideră miocardita propriu zisă în cursul acestei boli nu prea deasă. Constatarea în aceste

împrejurări o tachicardie permanentă, care poate fi pronunțată, 120—140—160 pe minut, care după unii ar fi de natură toxică, centrală, însă care în mare măsură probabil că ține și la leziunea miocardului. Semnele de miocardită au fost evidențiate și prin examene electrocardiografice (*R. Aschenbrenner, P. Laurentius*), când se constată modificări analoage ca în difterie. Regretăm că din lipsa unui aparat electrocardiografic n'am putut face cercetări în această direcție.

O consecință a tuturor acestor turburări circulatorii, la care se mai adaugă unii factori predispozanți (frigul, subalimentația, etc.), este gangrena extremităților, pe care n'am observat-o în nici unul din cazurile noastre, probabil în lipsa factorilor predispozanți.

Turburările renale. Aceste turburări sunt aproape constante în toate cazurile grave de boală și uneori sunt prezente și în cazurile mijlocii.

În aproape toate cazurile noastre grave de boală constatăm o *albuminurie*, care deja se instalează în a 4—5-a zi de boală și care se intensifică în cursul bolii. În unele cazuri albuminuria devine foarte pronunțată, 1—2% la *Essbach*. Urina este de obicei de volum redus, 800—600—400 cc în 24 ore. Aspectul ei este turbure, de culoare închisă, roșetică; în 4 din cazurile noastre aspectul macroscopic a fost net hemoragic.

În sedimentul macroscopic în toate cazurile am constatat hematii, în unele cazuri în număr mai redus, în altele în număr mai mare, în cele cu urina deja macroscopic hemoragică întreg câmpul microscopic este plin cu o masă de globule roșii. Mai constatăm în sediment în multe cazuri cilindrii granuloși, apoi celule epiteliale și leucocite.

În aproape toate cazurile noastre grave am făcut determinări de uree și de cloruri în sânge.¹⁾ Ureea a fost găsită în puține cazuri normală, în cele mai multe cazuri ea a fost mărită, de la 0,50 gr până la 2,8 gr %, mărirea fiind în raport direct cu gravitatea cazului. În cazurile letale au fost cifrele cele mai mari între 2—2,8 gr %.

Cloruri în sânge în cele mai multe cazuri au fost găsite în limite normale (aproximativ 6 gr), însă în unele cazuri au fost constatați mai scăzuți, 4—5 gr %.

În cazurile cu o evoluție spre vindecare, cu instalarea convalescenței se instalează o pollurie mai mult sau mai puțin pronunțată și toate simptomele renale se reduc progresiv, dispar simptomele urinare, ureea se reduce la normal, chiar valori, care au fost peste 2 gr %.

Exantemul. Eruptia cutanată, care apare în a 4—6-a zi de boală, are o valoare diagnostică de primul ordin, pentru că în cele mai multe cazuri de obicei ea

ne indică diagnosticul clinic. Însă exantemul nu este constant în toate cazurile, lipsește în special în cazurile ușoare și la copii.

În cazurile noastre grave exantemul a fost în toate prezent. Din cele 33 cazuri mijlocii exantemul a lipsit în 5 cazuri, în schimb din cele 39 cazuri ușoare exantemul a lipsit în 16 cazuri, deci în total exantemul a lipsit în 21 cazuri din totalul de 104 (20%).

De sigur că diagnosticul este destul de dificil în aceste cazuri fără exantem, el se face pe baza noțiunii de epidemicitate și mai ales pe baza reacțiilor de laborator.

Simptome de laborator. În toate cazurile reacția *Well-Felix* a fost pozitivă.¹⁾ La sfârșitul primei săptămâni de boală a fost pozitivă $1/50$ — $1/100$, apoi diluția, la care este pozitivă, crește ajungând la diluții $1/2500$ — $1/5400$ în cazurile noastre. În cursul convalescenței titrul de diluție scade, însă după 16—20 de zile de afebrilitate, când bolnavii au părăsit serviciul, reacția încă era pozitivă la diluții destul de însemnate.

S'a executat apoi în multe din cazurile noastre de către D-șoara Dr. Dachnovici și Cosma reacția de aglutinare rapidă pe lamă, care încă poate fi utilă în diagnostic, dându-ne indicații prețioase imediate la patul bolnavului. Rezultatul acestor reacții noi totdeauna îl controlăm prin reacția *Well-Felix* clasică.

Tabloul sangvin. Leucocitoza în cazurile noastre a variat între 6.000—23.000, în general hiperleucocitoza fiind în raport direct cu gravitatea tabloului clinic. În tabloul sangvin în general se constată o polinucleoză cu fenomene de degenerescență vacuolară a polinuclearelor și monocitelor.

Mielograma. Împreună cu Dr. Macavel și Cosma am studiat comportarea mielogramelor într-o serie din cazurile noastre, constatănd următoarele: În perioada de stare există o înmulțire a elementelor tinere din seria granulocitară: mieloblaști, promielociti, mielociti. În convalescență se constată o ușoară eosinofilie și reducere a elementelor tinere, mielograma tinzând de a-și relua aspectul normal.

Reacția Diazo în toate cazurile a fost pozitivă în perioada de stare a bolii.

Complicațiuni. În cazurile noastre am înregistrat următoarele complicațiuni: miocardită în 25 de cazuri, nefrită în 29 de cazuri, retenție de urină în 3 cazuri, pneumonie în 3 cazuri, congestie pulmonară în 9 cazuri, hepatită cu icter în 4 cazuri, parotidite supurate în 2 cazuri (din care 1 mortal), otite în 5 cazuri, surditate pasageră în 9 cazuri, atrofia nervului optic în 1 caz. La o gravidă în luna IV boala a provocat un avort, bolnava s'a vindecat, după ce a făcut și o flebită.

¹⁾ Determinările de uree și de cloruri în sânge ne-au fost făcute în laboratoarele Institutului de Igienă și a Clinicei Medicale II, pentru care exprimăm mulțumirile noastre acestor laboratoare.

¹⁾ Reacția *Weil-Felix* a fost executată în laboratorul Institutului de Igienă.

Toate aceste complicațiuni au predominat în cazurile grave de boală.

Temperatură de convalescență. În unele din cazurile noastre (26 de cazuri, 25%) am constatat în cursul convalescenței, după câteva zile de afebrilitate (3—12 zile), o revenire ușoară a temperaturii, până la 39°, pentru o durată de 2—6 zile, fără a găsi o explicație a acestor temperaturi; nu exista nicio complicație care să dea această temperatură. În acest timp bolnavii nu prezentau nimic deosebit, cel mult o ușoară indispoziție, sau nici aceasta. După trecerea acestor temperaturi convalescența a evoluat normal. Această temperatură de convalescență au notat-o și alți autori. Autorii germani o numesc „Nachfieber“.

Tratament. Tratamentul aplicat în cazurile noastre a fost următorul: a) Măsurile igienico-dietetice. b) Hemoterapie de convalescent în unele din cazurile grave de boală, când am avut convalescenți corespunzători la dispoziție. c) Chimioterapie cu sulfamide (dagenan, eleudron, eubasin, etc.) în tablete și injecții. În câteva cazuri piridol sub formă de injecții, apoi injecții cu urotropină. d) Tratament cardiovascular în mod sistematic în toate cazurile, unde a fost indicat: veritol, verlazol, oleu camforat, strichnina, cafeină, combatină, etc.

Sursa de infecție. Sursa originală de infecție în toate cazurile a fost la Est de Nistru, contaglunea făcându-se în modul clasic cunoscut.

Numai într'un singur caz contaglunea nu s'a făcut prin intermediul păduchelului.

În acest caz este vorba de o tânără elevă infirmieră de 20 ani, care îngrijea bolnavii de exantematic din serviciu. Această infirmieră face începând cu 26 Martie 1943 un tifus exantematic clasic, formă destul de gravă cu hipertermie pronunțată, simptome nervoase importante, ipotensiune 8—5 V-L, exantem tipic, vărsături, albuminurie intensă (Essbach 11/2000), oligurie, urina macroscopic hemoragică, în sedimentul urinar cu multe hematii, cilindri granuloși și celule epiteliale. Ureea în sânge 1,44 gr %₁₀₀. Leucocitoză 16.000. Reacția Well-Felix pozitivă 1/2500 în a 9-a zi de boală. În a 15-a zi de boală se produce defervescența în mod litic și toate simptomele morbide dispar progresiv. După 15 zile de afebrilitate părăsește serviciul complet vindecată.

Această infirmieră nu s'a putut contamina prin intermediul păduchelului, pentru că toți bolnavii din secție au fost complet deparazițați. Este sigur că s'a infectat cu ocazia luării sângelui de la acești bolnavi febrili cu exantematic, ea ajutând medicul cu ocazia recoltării sângelui pentru analize, spălând acul și seringile de sânge. Infirmiera a mărturisit că avea pe degetele carii au venit în contact cu sângele virulent al bolnavilor o mică leziune, prin care probabil s'a introdus agentul

rickettsian și boala apoi s'a dezvoltat. Astfel de infecțiuni, la medici și la personalul ajutător, mai sunt citate în literatură.

RESUMÉ

Considérations cliniques sur les cas de typhus exanthématique, traités dans le service des maladies infectieuses de l'Hôpital Public de Sibiu

Dans les premiers cinq mois de 1943 on a traité dans ce service 104 cas de typhus exanthématique, dont 4 morts, donc une mortalité de 3,8%. D'après la gravité, il y a eu: 39 cas graves, 33 cas de gravité moyenne et 33 cas légers. Jusqu'à l'âge de 15 ans on constate seulement des cas légers et moyens, au contraire après l'âge de 50 ans presque tous les cas sont graves, avec un pronostic très sérieux.

On constate des troubles rénaux profonds à-peu-près dans tous les cas graves, avec hyperazotémies très importantes. Il n'y a pas eu d'exanthème dans 20% des cas.

Les complications constatées ont été les suivantes: myocardite dans 25 cas, néphrites dans 29 cas, rétention urinaire dans 3 cas, pneumonie dans 3, congestion pulmonaire dans 9, hépatite avec ictère dans 4, parotidite suppurée dans 2, otite dans 5, surdité passagère dans 9, atrophie du nerf optique dans 1 cas.

Dans 25% des cas on constate une température de convalescence sans aucune conséquence pour le malade.

Dans un cas, celui d'une infirmière d'hôpital, la contagion s'est faite directement, à l'occasion de la prise de sang du malade, l'infirmière ayant une petite lésion sur le doigt, qui est arrivé en contact direct avec le sang virulent.

ZUSAMMENFASSUNG

Klinische Betrachtungen über die im Staats-spital, Sibiu, Abteilung für Infektionskrankheiten behandelten Fälle mit Typhus exantematicus

In den ersten fünf Monaten des Jahres 1943 wurden auf dieser Abteilung 104 Kranke mit Flecktyphus behandelt, von denen 4 starben (3,8% Sterblichkeit).

Nach der Schwere der Fällen waren: 39 leichte, 33 mittlere, 32 schwere. Bis zum Alter von 15 Jahren wurden nur leichte und mittlere Fälle verzeichnet, hingegen sind fast alle Fälle im Alter von über 50 Jahren, schwere Fälle, mit sehr ernster Prognose. Es werden fast in allen schweren Fällen bedeutende Nierenschörungen mit grosser Hyperazotämie festgestellt. Der Hautausschlag fehlt in 20% der Fälle.

Die festgestellten Komplikationen waren folgende: Myocarditis in 25 Fällen, Nephritis in 29 Fällen, Harnverhaltung in 3 Fällen, Lungenentzündung in 3 Fällen, Lungenhyperämie in 9, Leberentzündung mit Gelbsucht in 4, eitrige Parotitis in 2, Otitis in 5, vorübergehende Taubheit in 9, Atrophie des Sehnervs in einem Falle.

In 25% der Fälle wird das sogenannte Nachfieber, ohne Folgen für den Kranken, festgestellt.

In einem Falle, bei einer Krankenpflegerin, erfolgte die Ansteckung direkt vom Kranken, gelegentlich der Blutnahme vom Kranken, da die Pflegerin am Finger, der in direkte Berührung mit dem virulenten Blute kam, eine offene Wunde hatte.

O metodă rapidă pentru diagnosticul tifusului exantematic

de

Dr. Dahnovici și Dr. Cosma

Reacția Well-Felix este o reacție obișnuită pentru confirmarea diagnosticului tifusului exantematic și cu cât este mai rapid executată cu atât prezintă și o mai mare valoare. Pentru a satisface aceste cerințe și pentru a înlătura dificultățile ce decurg din transportul produselor, în Germania, în 1942 Prof. Kudicke împreună cu Prof. Steuer din Inst. de Bacteriologie din Cracovia, au publicat o metodă rapidă, care poate fi executată chiar la patul bolnavului, și anume: metodă în picătură de sânge uscat, care se amestecă cu o picătură de antigen (emulsie în apă fiziologică a unei culturi pe agar a *Proteus*ului X 19 și omorită timp de $\frac{1}{2}$ oră la 75 gr.). Această metodă a fost întrebunțată cu succes, ce rezultă din publicațiunile lui Wohlrab, Iacob și ale altora. Inconvenientul este că totdeauna trebuie să fie cultură, medii, controlul bacteriologic al acestei emulsii, adică cere instalarea unui laborator.

În Ianuarie 1943 Dr. Walther Schäfer publică o modificare a acestei metode, a cărei aplicare este cu mult mai ușoară și mai comodă; adică se folosesc lame cu o picătură de antigen uscat, care sunt preparate la Institute sau Laboratoare de Bacteriologie. Reacția se face în modul următor: se ia o picătură de sânge printr-o înțepătură din deget sau din lobul urechii, într-o sticlă de ceasornic, așteptăm până când apare picătura de ser și cu ajutorul unei pipete Pasteur se pune deasupra picăturii de antigen uscat; așteptăm un minut, amestecăm cu o baghetă de sticlă sau cu colțul unei lame, făcând amestecul omogen și în decurs de 2—10 minute apare aglutinarea.

Noi am încercat această reacție în Clinica de boli infecțioase, de sub conducerea d-lui Conf. Dr. I. Gavrilă, unde am făcut în toate cazurile de tifus exantematic

această reacție pe lamă. Am avut posibilitatea de a examina 25 de seruri care proveneau de la bolnavi cu tifus exantematic, și toate au dat reacția pe lamă pozitivă. Rezultatele sunt concordante cu R. Well-Felix obișnuită. În două cazuri, în ziua a 4-a și a 5-a de boală reacția a fost negativă pe lamă și în tuburi, dar repetată în ziua 11—12, au fost amândouă pozitive. Pentru control am făcut reacția cu serul normal și cu serul bolnavilor a căror R. Widal a fost pozitivă și niciun ser n'a prezentat aglutinare pe lamă.

În concluzie: această metodă este tot atât de precisă ca și R. Well-Felix și executarea ei este foarte ușoară și rapidă și poate fi întrebunțată cu succes ca o reacție preliminară și calitativă în cazurile de tifus exantematic.

RESUMÉ

Une méthode rapide pour le diagnostic du typhus exanthématique

On exécute une méthode rapide d'agglutination sur lame dans 25 cas de typhus exanthématique. On conclue de ces recherches que cette méthode rapide peut être utilisée avec succès comme une réaction préliminaire et qualitative pour le diagnostic du typhus exanthématique.

ZUSAMMENFASSUNG

Eine Schnellmethode zur Diagnose des Typhus exanthematicus

Es wird eine Schnellmethode durch Agglutination auf einem Objektträger beschrieben, welche in 25 Fällen von Flecktyphus angewandt wurde. Sie kann mit Erfolg zur vorausgehenden Orientierung und zur qualitativen Diagnose verwendet werden.

Mielograma în tifusul exantematic

de

Conf. Dr. I. Gavrilă, Dr. I. Macavei și Dr. V. Cosma

Modificările sanghine în tifusul exantematic au fost urmărite de diferiți cercetători, stabilindu-se date importante în ceea ce privește leucocitoza, tabloul sanghin ca și concluziile ce le putem trage din aceste elemente cu privire la diagnostic și prognostic.

În cazurile urmărite de noi leucocitoza a variat între 6.000—23.000. Dintre acestea două cazuri au fost

mortale, unul cu leucocitoza de 23 000, celălalt cu leucocitoza de 11.000.

Tabloul sanghin ne-a dat în general o polinucleoză cu fenomene de degenerescență vacuolară a polinuclearelor și monocitelor. De asemenea polinuclearele prezentau din abundență granulații toxice.

În ceea ce privește studiul mielogramelor în bolile

infecțioase, se cunoaște aspectul ei în scarlatină, febră tifoidă, pneumonie, parotidită, gripă, septicemie, febră undulantă, leishmanioze. În tifusul exantematic cercetările în această direcție lipsesc aproape complet. Nu cunoaștem altele în afară de cele ale lui Tusclnsky și Kotliarenko. El constată în punctiile sternale făcute la exantematici o pronunțată reacție eritroblastică, o înmulțire a celulelor plasmatiche și o monocitoză ridicată de 25–30%.

Din aceste motive ne-am hotărât să întreprindem o serie de cercetări în această direcție.

Bolnavii examinați de noi sunt în număr de 30, dintre care 15 gravi, 4 mijlocii, 1 ușor și 10 în convalescență. La 20 s'a făcut punctia în perioada de stare, iar la 10 după zece zile de afebrilitate. În 5 cazuri s'a făcut punctia și în perioada de stare și de convalescență.

Vârsta bolnavilor a variat între 21 și 49 de ani.

Datele obținute de noi cu privire la mielograma noastră le rezumăm întâi într'un tablou de ansamblu (Nr. 1), apoi într'un tablou (Nr. 2), unde expunem comparativ procentele în mielograma normală, mielograma în tifusul exantematic din perioada de stare și convalescență.

Pentru a putea da o interpretare justă datelor obținute, trebuie să relevăm că elementele mielogramei variază și în cazurile normale într-o proporție însemnată dela individ la individ și dela autor la autor.

Din cercetările făcute la Clinica Medicală I la indivizii care nu prezentau nici o afecțiune care să determine modificări la nivelul aparatului hematopoietic, relese următoarea medie (vezi tabloul nr. 1; amintim numai elementele tinere): mieloblaști 0,5%, promielocite 3,7%, mielociți neutr. 14,4%, metamielociți n. 14,8%.

Față de aceste proporții noi am găsit în perioada de stare: mieloblaști 3,35%, promielociți 16,55%, mielociți neutr. 22,1%, metamielociți n. 23,30%.

Rezultă deci o înmulțire ridicată a elementelor tinere din seria granulocitară. Studiind mai departe tabloul, constatăm că procentul limfocitelor este ușor scăzut față de cel normal. În două cazuri a fost crescut la 11, respective 22%.

Monocitele în general lipsesc (0,35%), numărul maxim a fost de 4%. Numărul celulelor plasmatiche a fost mult mărit în 3 cazuri, în rest păstrând proporția normală. Elementele din seria roșie 20,5%, deci normale. Polinuclearele prezintă în mare număr granulații toxice, uneori degenerescențe normale.

Nu am observat nicio legătură între gravitatea cazurilor și aspectul mielogramei.

În cazurile în cari s'a repetat punctia după zece zile de afebrilitate, deci în convalescență, am constatat dispariția numărului mare de elemente tinere: mieloblaști 1,1% în loc de 3,35%, promielociți 10,7% în loc de 16,55%, mielociți neutr. 20,5% în loc de 22,1%.

În același timp au crescut granulocitele adulte sau pe cale de maturare: metamielociți neutr. 26,6% în loc de 23,2%, polinucleare neutr. 32,9% în loc de 28%.

Linfocitele cresc dela 2,5% la 6,1%, iar eozinofilele la 2,4% față de 0,7%, cât erau în perioada de stare, celelalte elemente se mențin în limita valorilor normale.

Diferențele se pot observa foarte bine în tabloul alăturat (Nr. 3), cuprinzând 5 din cazurile cărora li s'a făcut punctia atât în perioada de stare cât și de convalescență.

În concluzie: În mielograma din tifusul exantematic, în perioada de stare, se constată o evidentă înmulțire a elementelor tinere din seria granulocitară: mieloblaști, promielocite, mielocite. În convalescență se constată o ușoară eozinofilie și reducere a numărului elementelor tinere, mielograma tinzând să-și revină aspectul normal. Aspectul mielogramei este asemănător cu acela al bolilor infecțioase în general.

RESUMÉ

Le myélogramme dans le typhus exanthématique

Les auteurs étudient l'aspect du myélogramme dans le typhus exanthématique. Leurs recherches portent sur un nombre de 30 malades, dont 20 ont été examinés pendant la période d'état et 10 dans les 10 premiers jours, après la chute de la fièvre. Ils aboutissent aux conclusions suivantes:

1. Le myélogramme du typhus exanthématique dans la période d'état nous montre une croissance évidente des éléments jeunes de la lignée granulocytique.

2. Pendant la convalescence on constate une légère eosinophilie et la réduction du nombre des éléments jeunes, le myélogramme ayant la tendance de revenir à son aspect normal.

3. Aucun rapport n'a pu être rétabli entre la gravité des cas, le nombre des leucocytes et l'aspect de la formule sanguine.

4. L'aspect du myélogramme est très proche de celui des maladies infectieuses en général.

ZUSAMMENFASSUNG

Myelogramm bei Typhus exanthematicus

Es wurden 30 Kranke untersucht, darunter 15 schwere, 4 mittelschwere, 1 leichtkranker und 10 Rekonvaleszenten.

Bei 20 Kranken wurde die Punktion im Fieberstadium ausgeführt, bei 10 Kranken 10 Tage nach der Entfieberung. Von den letzteren war bei 5 Kranken die Punktion auch im Fieberstadium eingeführt worden.

Das Alter der Kranken schwankte zwischen 21 und 49 Jahren.

Aus diesen Untersuchungen ergibt sich folgende Zusammenfassung:

1. Im Myelogramm des Fieberstadiums des Typhus exanthematicus findet sich eine deutliche Vermehrung der Jugendformen aus der Serie der Granulozyten: Myeloblasten, Promyelozyten, Myelozyten.

2. In der Rekonvaleszenz findet sich eine leichte Eosinophilie und Abnahme der Jugendformen, indem das Myelogramm normal zu werden beginnt.

3. Das Myelogramm ist dem der übrigen Infektionskrankheiten ähnlich.

TABLOUL Nr. 1

Nr. curent	Leucocite	Hematii	M I E L O G R A M A															Forma boalei	
			Mieloblaști	Promielocite	Mielocite			Metamielocite			Poli- nucleare		Limfocite	Monocite	Cel. retic.	Plasmocite	Eritroblaști		Normoblaști
					n	e	b	n	e	b	n	e							
1	9 700	3.400.000	3	4	13	—	—	39	1	—	40	—	—	—	1	f. multe	3	12	Gravă
2	11 000	3.100.000	3	10	28	2	—	24	1	—	32	—	—	—	—	—	4	31	"
3	18 400	3.200.000	2	8	27	2	—	22	2	—	36	1	—	—	—	—	3	12	"
4	12 400	4 500 000	1	12	26	1	—	26	1	—	30	1	2	—	—	1	9	22	"
5	23.300	4 100.000	—	5	52	—	—	11	—	—	28	2	2	—	—	5	7	18	"
6	9.200	3.900 000	1	24	5	—	—	26	—	—	40	1	3	—	—	—	3	24	"
7	6 000	4.200 000	6	23	25	2	—	21	1	—	21	1	—	—	—	3	12	13	"
8	18.200	3 000.000	6	16	11	3	—	15	2	—	32	—	11	4	3	1	2	—	"
9	15 500	3 800.000	2	12	22	—	—	20	3	—	40	1	—	—	—	2	9	12	"
10	8.700	3.900.000	1	27	26	1	—	23	1	—	20	—	1	—	—	—	4	14	"
11	6 850	5.200.000	9	16	30	2	—	21	3	—	14	3	2	—	—	2	5	4	"
12	9.600	3.210.000	3	25	21	—	—	36	—	—	15	—	—	—	—	3	5	25	"
13	7.000	4 560.000	3	24	26	4	—	28	—	—	14	1	—	—	1	1	11	10	"
14	4 000	4 000.000	10	16	32	—	—	22	—	—	20	—	—	—	—	3	1	15	"
15	8.000	4.100.000	4	20	20	1	—	25	3	—	25	—	2	—	—	1	5	7	"
16	11.200	3 400.000	3	9	24	1	—	22	1	—	40	—	—	—	—	f. multe	5	14	Mijlocie
17	10.100	3.500.000	2	5	20	—	—	20	—	—	27	1	22	3	8	f. multe	11	12	"
18	10 000	5.200.000	4	12	6	—	—	14	—	—	60	1	3	—	4	4	15	26	"
19	10 200	3 600 000	3	25	21	1	—	27	—	—	20	—	3	—	—	3	2	5	"
20	6.500	4 800 000	3	38	9	—	—	24	4	—	20	1	1	—	3	6	2	16	Ușoară
21	9.200	3 800 000	6	25	14	—	—	32	—	—	18	3	2	—	—	—	1	42	Convalesc.
22	7 600	3 900.000	—	2	25	3	—	22	—	—	47	1	—	—	2	—	—	10	"
23	8.000	4 100 000	—	8	7	4	—	36	—	—	33	2	10	—	1	2	1	19	"
24	8.000	4.100.000	2	10	26	6	—	30	—	—	19	2	5	—	—	—	5	10	"
25	7.600	3 800.000	—	5	22	1	—	30	—	—	39	2	1	—	—	6	—	13	"
26	6.800	3 800 000	—	8	15	3	—	10	—	—	38	10	16	—	1	—	—	2	"
27	7.000	4.300.000	—	12	18	3	—	12	2	—	40	1	10	2	3	—	1	3	"
28	7.500	4.300 000	—	13	33	—	—	16	—	—	33	1	4	—	1	—	1	—	"
29	7.600	3 800.000	2	17	24	1	—	23	1	—	26	1	4	1	1	3	6	11	"
30	7 600	3.900 000	1	7	20	—	—	25	—	—	36	1	9	1	1	—	—	2	"

TABLOUL Nr. 2

privind aspectul mielogramei normale și a mielogramei în tifusul exantematic în perioada de stare și de convalescență

Elementele	Mielograma normală	Media	Mielograma în tif. exant. în perioada de stare	Media	Mielograma în tif. exant. în perioada de conv.	Media
Mieloblaști	0—2 %	0,50%	1—10%	3,35%	0—6 %	1,1%
Promielociți	0,5—9 %	3,7 %	4—38%	16,55%	2—25%	10,7%
Mielociți n	7—27%	14,4 %	5—52%	22,1 %	7—33%	20,5%
Mielociți eo.	0—5 %	1,12%	0—4 %	1,0 %	0—6 %	2,1%
Meta-mielociți n.	4—22%	14,8 %	11—39%	23,2 %	10—32%	26,6%
Meta-mielociți eo.	0—3 %	0,6 %	0—3 %	1,15%	0—4 %	0,3%
Polinucl. n.	17—56%	31,0 %	14—40%	28,0 %	18—47%	32,9%
Polinucl. eo.	0—5 %	0,9 %	0—3 %	0,7 %	1—10%	2,4%
Limfocite	0—20%	3,48%	0—22%	2,6 %	0—16%	6,1%
Monocite	0—5 %	0,9 %	0—4 %	0,35%	0—1 %	0,2%
Cel. plasmoc	0—3 %	—	0—8 %	—	0—3 %	—
Eritro-normoblaști	0—5 %	—	0—5 %	—	0—6 %	—

TABLOUL Nr. 3

Tabloul comparativ al mielogramelor făcute la aceiași bolnavi, în perioada de stare și de convalescență

Nr. curent	Perioada de boală	Mieloblaști	Promielociți	Mielociți			Meta-mielociți			Polinucleare	Eozinofile	Bazofile	Limfocite	Monocite
				n	e	b.	n.	e.	b.					
1	stare	3	25	21	1	—	27	—	—	20	—	—	3	—
	conv.	—	8	15	3	—	10	—	—	38	10	—	16	1
2	stare	10	16	32	—	—	22	—	—	20	—	—	—	—
	conv.	2	17	24	1	—	23	1	—	26	1	1	4	1
3	stare	3	25	21	—	—	36	—	—	15	—	—	—	—
	conv.	—	5	22	1	—	30	—	—	39	2	1	—	—
4	stare	3	38	19	—	—	24	2	—	20	1	—	1	—
	conv.	—	12	18	3	—	12	1	—	40	1	—	10	2
5	stare	9	16	30	2	—	21	3	—	14	3	—	2	—
	conv.	2	10	26	6	—	30	—	—	19	2	—	5	—

Un antidiareic politrop în loc de măsuri medicamentoase multiple



Proprietatea de absorbție și puterea de desinfecție a combinațiilor de cărbune, tanin sau medicamentelor similare, administrate per os sau rectal, se epuizează prea curând, „Aplona”, lipsită de inconvenientele mărului crud, întrunește însușirile unui medicament specific, cu acelea ale unui agent dietetic natural.

Ambalaj original: borcan de sticlă 100 g.

Aplona

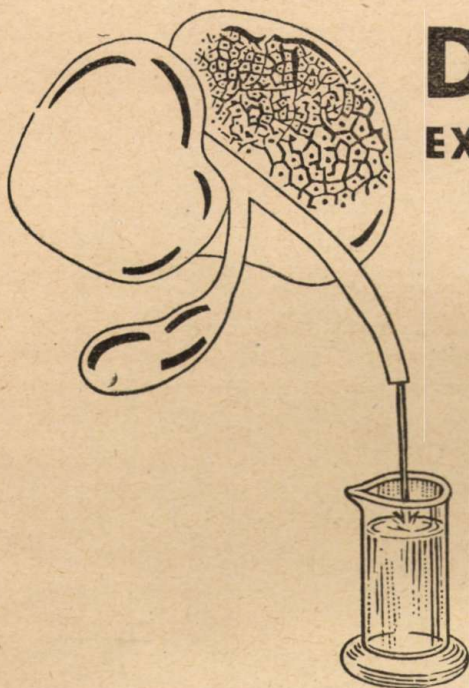
dieteticul medicamentos

dă consistență scaunului — desintoxică — regularizează peristaltismul intestinal.



„Rhenania” Pharmazeut. Abteilung der Kali-Chemie Aktiengesellschaft

Depozitari pentru România: Pharmag S.A. Brașov, Strada Regina Maria, 18.



DECHOLIN

EXPERIMENTAT ANI DE ZILE

COLERETIC

COLAGOG

DIURETIC

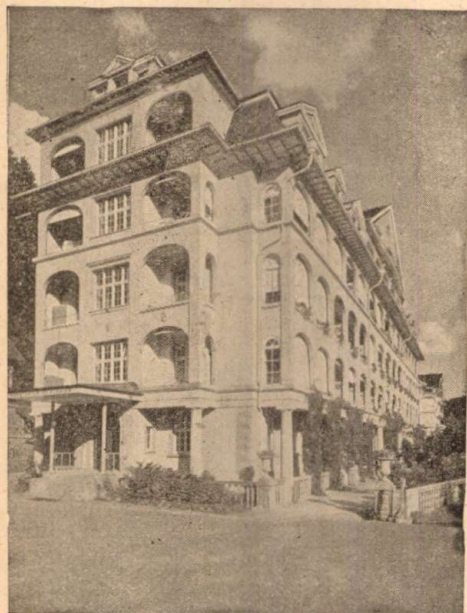


J. D. RIEDEL-E. DE HAËN, A.-G. BERLIN-BRITZ

REPREZENTANT PENTRU ROMÂNIA: RUDOLF FOREK
BUCUREȘTI 3, STR. G.-RAL EREMA GRIGORESCU, 6

Sanatoriul St. Blasien

Altitudine 800 m.



Prospecte ilustrate gratuite.

Condițiuni climatice favorabile.

Climat curativ special.

Stabilimentul particular cel mai înalt
situat din Germania pentru

bolnavi de plămâni

într-o poziție privilegiată în regiunea sudică a
pădurii Schwarzwald.

COSTUL TRATAMENTULUI:

în camere pt. două persoane dela RM 9

în camere pentru o persoană dela RM 11

Medic Șef: **Professor Dr. A. Bacmeister**

Medic Conducător: **Dr. A. Emmeler**
Chirurg

SANATORIUL ST. BLASIEN

Südl. Bad. Hochschwarzwald
Bahnhof Seebrugg (Deutschland)

Scillozal

Glicosidul cardiac
maniabil cu mari po-
sibilități de dozare.

ASTA AKTIENGESELLSCHAFT · CHEM. FABRIK · BRACKWEDE



Literatură și eșantioane vă
stau cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R., Strada Sft. Ionică No. 8, București

Obliterație a arterei centrale a retinei în cursul tifusului exantematic

de

Dr. Nicolae Zolog

Manifestările oculare ale tifusului exantematic sunt destul de numeroase, cunoașterea lor constituind un folositor aport în diagnosticul afecțiunii. Aceste manifestări, studiate de *Dantrelle*, medic al unei misiuni de medici francezi în România pe timpul trecutului război mondial și mai ales de Profesorul *Manolescu* într-o cuprinzătoare monografie publicată în anul 1919, se împart în două categorii și anume:

I. Simptomele oculare ale tifusului exantematic și

II. Complicațiile oculare ale tifusului exantematic.

I. Simptomele oculare în perioada de debut constau din hiperemii ale conjunctivelor bulbare destul de accentuate, conjunctivite, erupțiuni conjunctivale echimotice de diferite mărimi și fotofobie intensă.

În perioada febrilă se observă mloze care dacă sunt accentuate denotă un prognostic grav. Nevrite optice de diferite grade dar cu conservarea vederii se întâlnesc extrem de des, ele fiind manifestări vizibile ale participării meningelor la boală. Semnele oftalmoscopice ale acestor nevrite persistă și le-am observat și eu pe un număr de bolnavi. S'au mai semnalat uneori turburări funcționale ca: hemeralopie, ambliopie etc.

II. Complicațiile oculare apar în cursul perioadelor febrile sau în convalescență. Ele sunt relativ frecvente, proporția lor variind între 1/200 — la 1/5 din numărul bolnavilor, în lucrările diferiților autori.

În perioada febrilă s'au observat cataracte, irite, chorio-retinite, hemoragii retinene grave, care duc la atrofia nervului optic cu aspectul atrofiei primitive precum și paralizii ale musculaturii extrinsece.

În convalescență *Scheffer* a observat trobaflebite ale pleoapelor cu gangrene, flegmoane orbitare și ulcere corneene grave care pot duce la perforație.

În grupul complicațiilor convalescenței se încadrează și cea survenită la bolnavul ce-l prezint, care este de 30 ani și provine dintr'un regiment de artilerie. A fost internat în ziua de 15 Ianuarie 1943 la un spital de campanie de pe front, prezentând cefalee intense, frison, o ușoară rigiditate a cefei, temperatură ridicată până la 40° și dureri în tot corpul. În această situație este evacuat la un spital german în ziua de 21 Ianuarie. La intrarea în acest spital german bolnavul avea pe piept, abdomen și spate un exantem constituit din pete mici roze care nu dispăreau la presiune, temperatura 40,3°, puls 130 și albumină în urină. La 24 Ianuarie i se face reacția Diazo care este pozitivă, iar la 26 Reacția Weil-Felix care este pozitivă în diluție 1/800.

Viteza de sedimentare mărită (30/48). După această constatare punându-se diagnosticul de tifos exantematic bolnavul este izolat. Temperatura se menține între 38—39° până la 27 Ianuarie când ajunge în jurul lui 37° pentru ca în zilele următoare sub 37°

odată cu ameliorarea stării generale. La începutul lui Februarie nu mai are febră. În primele zile ale acestei luni când sta întins pe pat a simțit o durere vie în ochiul drept, durere care iradia în orbită și regiunea periorbitară dreaptă însoțită fiind de obnubilări vizuale. Durerea și tulburările vizuale nu au fost continui ci interupte de perioade de acalmie. După două ore de la debutul lor a adormit sub influența unei injecții calmante și când s'a trezit după o oră de somn a constatat cu surprindere că îi dispăruse complet vederea ochiului drept. Părăsește spitalul la 19 Februarie și trecând prin câteva formațiuni sanitare ajunge în spitalul militar din Sibiu la 12 Martie 1943.

La examenul lui ocular constat aici următoarele:

OD: Pleoapele, conjunctivele, corneea normale; pupila în midriază mijlocie cu reflexul fotomotor abolit, iar cel consensual păstrat.

La examenul oftalmoscopic papila nervului optic apare cu marginile neprecis conturate și de culoare albă. Arterele retiniene lângă emergența lor au pereții îngroșați și lumenul strâmtat, conturul lor devenind tot mai șters pe măsură ce se îndepărtează de papilă. Ele nu pulsează decât la presiune mare asupra globului ocular. Retina încă edematiată. Regiunea maculară lipsită de reflexul foveolar caracteristic, este colorată în special la periferie în roșu-viu.

Acuitatea vizuală = 0.

OS: sănătos.

Aspectul oftalmoscopic descris, precum și simptomele subiective sunt caracteristice pt. obliterarea bruscă a arterei centrale a retinei indiferent de modalitatea acestei obliterări (embolie, tromboză sau spasm arterial). I s'a zis frecvent embolie pentru că dela 1859 până azi aproape în toate tratatele se etichetează obliterările arterei centrale a retinei de diferite naturi sub acest nume.

Deși tifusul exantematic este o afecțiune care atacă cu predilecție vasele sanghine producând prin obliterarea lor uneori gangrene viscerale sau la membre, totuși artera centrală a retinei este destul de rar afectată în această boală. O obliterare bruscă a acestor artere nu am găsit menționată în literatura de specialitate.

Rămâne să stabilesc modalitatea probabilă prin care în tifusul exantematic se poate oblitera în scurt timp artera centrală a retinei, cunoscând în prealabil că acest vas este lipsit de anastomoze și că suspendarea lîrgației sanghine în retină (care se face exclusiv prin artera centrală a retinei) dacă se prelungește peste 30 minute, duce la leziuni definitive degenerative, ale celor mai importante elemente retinene. Acest lucru este posibil dacă se cunosc leziunile anatomo-patologice în tifusul exantematic. Elementul specific pentru tifusul exantematic este nodulul lui *Franckel*, care își are sediul de predilecție în pereții vaselor, cărora le cauzează o tumefacție și proliferare a celulelor endoteliale cauzând strîmtarea lumenului vascular sau chiar obliterarea lui. *Lupu* și *Petrescu* au găsit în vasele cere-

brale pe lângă tumefacția celulelor endoteliale și trombusi. Obliterarea vasculară nu este totdeauna definitivă căci granulomul lui Franckel se poate rezorbi și circulația se restabilește. Aceste leziuni vasculare având predelecție pentru sistemul nervos, pot prinde și artera centrală a retinei al cărei calibrul îl strâmtează și în felul acesta chiar și un trombus microscopic mobilizat poate obliterate complet vasul ducând supresunea completă a înălțății retinene.

În patogenia obliterării arterei centrale a retinei se pare că intervine după concepții mai noi și un factor spastic. După Villard și Dejean „Endarterita și trombusul sunt spinal iritativi care excită nervii sensibili ai endarterei deșteptând reflexe simpatice locale creatoare de spasm”. Obnubilările vizuale trecătoare care au precedat pierderea completă și definitivă a vederii bolnavului nostru pledează pentru participarea factorului spastic.

RESUMÉ

Oblitération de l'artère centrale de la rétine au cours du typhus exanthématique

On décrit un cas de typhus exanthématique chez un individu de 30 ans, au cours du quel est survenue une oblitération de l'artère centrale de la rétine.

ZUSAMMENFASSUNG

Obliteration der zentralen Netzhautarterie bei Flecktyphus

Es wird ein Fall von Flecktyphus bei einem 30-jährigen Kranken beschrieben im Verlaufe dessen sich eine Obliteration der zentralen Netzhautarterie einstellte.

Etiologia, diagnosticul etiologic și profilaxia specifică a tifusului exantematic

de

Dr. I. Ardelean

Tifusul exantematic istoric, epidemic sau european, face parte din grupa febrilor exantematice, cunoscute azi și sub numirea de Rickettsioze. În acest cadru nosografic sunt cuprinse alături de tifusul epidemic, tifusul endemic sau murlin, febra munților stâncoși, febra butonoasă, febra fluvială din Japonia și poate febra de tranșee sau de Wolhynia. Înrudirea între aceste boli este făcută prin etiologia lor microbiană, aspectul clinic, caracterul epidemiologic și reacția serologică față de sursele de protel $X_{19}O$, X_2O și XKO .

Etiologia. Agentul cauzal al tifusului exantematic epidemic este Rickettsia prowazeki, descrisă de către da Rocha-Lima în 1916 în celulele epiteliale și conținutul intestinal al păduchilor de corp. Morfologic, Rickettsia prowazeki este un microorganism vizibil la microscop. Se prezintă sub o formă polimorfă de cocobacili, coci sau bastonașe scurte. Dimensiunea lor variază între 0,3—0,5 μ lungime pe 0,3 μ lățime, formele bacilare putând ajunge până la 1,5—2,0 μ . Se colorează greu cu coloranții obișnuiți de anilină. Este gram negativ. Mai bine se pot pune în evidență prin colorația Giemsa la care apar colorații roșu-purpură, formele de bastonașe prezentând corpusculi bipolari. Rezultate foarte bune de colorație se obțin prin metoda lui Castaneda și Macchavello. Morfologia tipică a rickettsiei se întâlnește mai des în intestinul păduchilor. În alte condițiuni și în special pe medii de cultură, morfologia lor poate fi mult alterată

spre formațiuni granulare, din cauza reacțiunii celulei parazitare față de Rickettsii, care nu găsesc condițiuni optime de dezvoltare în acest mediu.

Rickettsiile nu trec prin filtrele obișnuite bacteriologice decât în cazul când filtrele au un mare grad de porozitate.

Cultivarea pe medii de cultură artificiale bacteriologice nu se poate face. Rickettsiile sunt parazite ale celulelor vii și pentru a le cultiva in vitro, sunt necesare medii fiziologice care conțin țesut celular viu. Mediile și tehnica cultivării este cea din studiul ultravirusurilor. Dintre aceste metode au fost întrebuintate mai ales metoda lui Maitland, modificată de către Nigg și Landsteiner. Mediul lor constă din soluție Tyrode + ser de cobalt + țesut din tunica vaginală a cobailor. — Zinsser, Weil și Fitz Patrick preconizează un mediu solid, format din geloză + ser de cal + soluție Tyrode, pe suprafața cărui se întinde țesutul tocat mărunț, în special din embrion de șoarece, însemnat cu Rickettsii. Temperatura optimă pentru dezvoltarea rickettsiilor e în jurul a 32° C. — Zinsser și Schoenbach au studiat condițiunile fiziologice din mediul Maitland, precum și curba de creștere a ultravirusului (virusul encefalitelor câinilor) comparativ cu cea a Rickettsiei. Au stabilit că ultravirusul se multiplică în perioada în care metabolismul celular este mai intens, ajungând la maximum de creștere la 48—72 ore, perioadă după care metabolismul

celular începe să scadă împreună cu dezvoltarea virusului. Curba de creștere a ultravirusului se suprapune deci curbei metabolismului activ a țesutului. Rickettsiile din contra nu încep să se desvolte decât când țesutul s'a stabilizat, când metabolismul activ e în declin, curba de creștere a Rickettsiilor ajungând la maximum în ziua 6—8-a.

Rickettsiile se cultivă asemenea in vivo, pe membrana chorioalantoidă a embrionului de pul (Cunha) sau în sacul vitelin al embrionului, metodă întrebunțată și perfecționată de către Cox, care a obținut o cultură foarte virulentă prin această metodă. În mod curent cultura aproape pure de Rickettsii prowazeki, se prepară prin tehnica lui Weigl din intestinul păduchilor, care au fost inoculați pe cale anală cu material patologic. Rickettsiile obținute pe această cale au morfologie tipică, sunt antigene și foarte virulente.

Structura antigenică a Rickettsiei prowazeki este greu de studiat, din cauza dificultății de a obține emulsiile pure, lipsite de resturi de țesut celular pe care au fost cultivate. White și apoi Castaneda au reușit totuși, să identifice în compoziția biochimică a Rickettsiei o substanță specifică și solubilă, alcali-rezistentă, de natură polizaharidică, cunoscută azi sub denumirea de factorul X a lui Castaneda. Acest factor este identic din punct de vedere antigenic, cu o substanță ce se găsește în proteul $X_{10}O$.

Între Rickettsia prowazeki și R. mooseri agentul cauzal al tifusului murin, s'a stabilit o legătură antigenică, imunitate încrucișată existând între tifusul epidemic și cel murin.

Patogenitatea. În mod natural Rickettsia prowazeki este patogenă pentru om și păduchele de corp. La om produce tifusul exantematic clasic cu evoluție clinică tipică, atipică sau o infecție subclinică, inaparentă. Omul se infectează prin excrementele păduchilor de corp, virusul fiind introdus prin piele la nivelul înțepăturii produsă de către păduche sau mai frecvent prin leziunile de scărpinare. Infecția pe calea mucoaselor, conjunctive, ap. respirator, etc. este posibilă mai ales prin excremente uscate și fin pulverizate sau prin material infecțios de laborator. Infecții accidentale la medici sunt citate în cursul recoltării probelor de sânge prin plăgile superficiale de pe mâini. Sângele bolnavului este infecțios în ultimele zile a timpului de incubație, în tot decursul perioadei febrile și în primele cinci zile de convalescență. Leziuni histopatologice evidente se găsesc la nivelul capilarelor, în special în creier și în rozeolele din tegumente, sub formă de noduli perivasculari și mici tromboze. În aceste leziuni cu oarecare dificultate se pot pune în evidență și Rickettsii. Indivizi bolnavi clinic sau infectați inaparent, după 3—5 zile dela data îmbolnăvirii prezintă aglutinine în sânge față de

Rickettsii și proteu $X_{10}O$. Cel care au trecut prin boală rămân cu o imunitate de lungă durată.

Păduchele de corp în mod natural se infectează în timpul când se hrănește pe un individ infecțios. După 5—8 zile, dela data când a supt sânge virulent, păduchele în general devine infectat și infecțios. Însă nu toți păduchii se infectează. Șansa de infecție depinde de evoluția clinică a cazului și de gravitatea lui. În cazuri de tifus exantematic benign, nu se infectează decât puțini păduchi și foarte slab și numai în primele zile de boală. În cazuri cu evoluție mijocie, se infectează o parte mai mare din păduchi, în cursul primei săptămâni și a 2-a de boală. În cazuri grave se infectează toți păduchii, în cursul întregii perioade febrile și chiar la începutul convalescenței.

În intestinul păduchilor infectați, Rickettsiile se înmulțesc în interiorul celulelor epiteliale. Celula parazitată se tumefiază, membrana se rupe și Rickettsiile ajung în lumenul intestinal de unde împreună cu detritul celular este eliminat prin excremente în cultură aproape pură. La examenul microscopic al intestinului sau excrementelor se pun în evidență cantități imense de Rickettsii.

Rickettsiile se dezvoltă în păduche cu atât mai bine cu cât temperatura este mai aproape de $32^{\circ}C$. Condițiunea aceasta este realizată mai ales în cursul iernii, sezon care pentru păduche este mai cald decât vara. În cutele îmbrăcămintei groase de iarnă temperatura este mai ridicată decât în cele sumare de vară. Păduchele infectat moare după câteva zile sau săptămâni. Timpul de supraviețuire depinde de gradul de infecție și temperatura la care se găsește păduchele. Mosing susține că păduchele infectat ușor poate să trăiască și două-trei luni.

Păduchele se poate infecta și artificial pe cale anală după tehnica lui Weigl.

În mod experimental infecția exantematică se poate reproduce la maimuțe. Introducând subcutan sau intraperitoneal, material patologic, după un timp de incubație de 7 zile, cimpanzeul sau macacul prezintă febră înaltă care se menține 7—10 zile, însoțită de fenomene generale și adesea în ziua 3-4-a de un exantem pe față.

Cobaiul se infectează ușor cu material infecțios pe cale intraperitoneală. După un timp de incubație de 6—14 zile cobaiul face o reacție termică caracteristică, care durează 3—14 zile. Temperatura apoi revine la normal, animalul rămânând imun față de o nouă inoculare. Infecția se poate transmite în serie la cobai prin pasagiul creierului cobaiului sacrificat în plină reacție febrilă. Cobaiul ce a trecut prin infecție prezintă aglutinine față de Rickettsia prowazeki. Reacția Well-Felix este însă negativă. În leziunile caracteristice perivascularare din capilarele creierului se pot pune în evidență Rickettsii.

În timpul din urmă s'a reușit să se infecteze pe cale nasală șoareci albi după tehnica autorilor englezi (Schmith, Andrews și Laidlaw) care au produs o pneumonie grupală cu virusul acestei boli la șoareci. Castaneda, Durand, Giroud și Sparow au fost primii care instilând pe cale nasală material infecțios exantematic au reușit după mai multe pasagi de adaptare, să producă o pneumonie masivă la șoareci. Animalul moare în 72 ore, cu plămânul complet hepatizat, extrem de bogat în Rickettsii. Un plămân în medie conține un miliard doze infectante. La fel au fost infectați câinii tineri (Comblescu și colab.) precum și iepurii (Durand și Giroud).

Șobolanii sunt relativ rezistenți la infecția exantematică.

Rezistența Rickettsiilor provazeki la acțiunea temperaturii este relativ redusă. Infecțiozitatea excrementelor păduchilor este distrusă în 20 minute prin acțiunea temperaturii umede de 60°C sau temperatura uscată de 100°C . Cercetări mai recente au stabilit că viabilitatea rickettsiilor în excremente depinde de gradul de umiditate al mediului în care sunt păstrate, de rapiditatea cu care se face desicarea lor și de temperatura ambiantă. Starzyk a constatat că în păduchele uscat, la temperatura ordinară, Rickettsia prowazeki își păstrează virulența timp de 30 zile; în excremente 58 zile, iar în intestinul izolat 60 zile. Timpul de conservare se prelungește la 4—6 luni dacă uscarea și conservarea se face în vid, la temperatura joasă de $+5^{\circ}\text{C}$, sau chiar peste un an după Fejgin.

Din punct de vedere biologic Rickettsiile sunt clasificate între bacterii și ultravirusuri. Morfologia lor microscopică și nefiltrabilitatea lor prin filtre bacteriologice îl apropie de bacterii, iar imposibilitatea de a le cultiva pe medii obișnuite de ultravirusuri. Curba de creștere pe medii de cultură cu țesut viu nu este totuși identică cu a ultravirusului.

Rickettsia prowazeki este agentul microbian etiologic al tifusului exantematic epidemic fiindcă: 1. Rickettsia se găsește în mod regulat în păduchii aflați pe cazurile de tifus exantematic și nu se pot pune în evidență în păduchii recoltați de pe indivizi care suferă de alte infecțiuni. Rickettsiile apar și în păduchii normali când aceștia sunt nutriți pe bolnavi de tifus exantematic sau inoculați artificial pe cale anală cu material exantematic. 2. Excrementele păduchilor infectați injectate la cobai produc o reacție caracteristică. Din organele cobaiului se pot recultiva Rickettsiile și transmite în serii la păduchi. 3. Serul bolnavilor aglutinează mai specific Rickettsia prowazeki decât proteul $X_{10}O$, iar serul animalelor infectate experimental aglutinează numai Rickettsiile pe când proteul $X_{10}O$ nu. 4. Rickettsiile se găsesc în sângele bolnavului de exantematic, în leziunile patologice din piele și organe și în țesuturile din mediile de cultură însemănțate. 5. Infecțiunile exan-

tematice numeroase de laborator la persoanele care au lucrat cu emulsiile de Rickettsii. (După Otto și Munter).

Diagnosticul etiologic. Metode experimentale de diagnostic. Diagnosticul etiologic prin punerea în evidență și identificarea agentului patogen se face prin hrănirea păduchilor pe indivizi bănuți a fi infectați cu virusul tifusului exantematic. Dacă infecția este exantematică, păduchii se infectează și la examenul microscopic a intestinului și excrementelor, constatăm prezența Rickettsiilor.

Inocularea intraperitoneală la cobai a 2—4 cmc. de sânge recoltat de la bolnavi în cursul perioadelor febrile sau de la cazuri infectate înaparent, produce o reacție termică caracteristică pentru infecția exantematică. După infecție, cobaiul rămâne imun la noi inoculări de material patologic. Infecția se poate trece în serie la cobai, dacă animalul e sacrificat în plină reacție termică și creierul inoculat intraperitoneal la alt cobai. Cobaii infectați prezintă aglutinine față de Rickettsiile provazeki, reacția Well-Felix însă rămâne negativă.

Metode serologice. Reacția de aglutinare a Rickettsiilor provazeki, cunoscută și sub reacția lui Weigl, este o seroreacție specifică de diagnostic. Emulsiile de Rickettsii obținute din intestinul păduchilor, sunt aglutinate de către serul bolnavilor. Reacția Weigl este pozitivă în ziua 3—5-a de la data îmbolnăvirii, deci înaintea reacției Well-Felix. După boală aglutininele persistă la titru mic luni sau chiar ani. Reacțiunea este pozitivă în toate cazurile de exantematic și numai în infecțiile produse de tifusul exantematic.

În mod curent pentru diagnosticul de laborator al tifusului exantematic, se întrebunțează reacția Well-Felix. Ca antigen în reacție intră proteul $X_{10}O$ microorganism izolat de către Well și Felix în 1916 din urina unui exantematic. Acest proteu nu are însă nimic de a face cu etiologia exantematicului.

Antigenic proteul X_{10} prezintă doi receptori sau două componente antigenice. Un antigen „H” sau flagelar ce se găsește în cilii proteului, comun tuturor surselor de protei saprofite, deci este nespecific. (Forma ciliată a bacilului proteu crește sub formă de colonii care se întind ca un val pe suprafața agarului — Hauch —). Antigenul „O” sau somatic ce ține de corpul bacilului și în stare pură se află în formă neciliată imobilă a bac. proteu, în formă $X_{10}O$, (Forma neciliată crește pe medii de cultură sub formă de colonii cu margini bine delimitate, fără tendința de a se întinde — ohne Hauch —). Antigenul O a proteului X_{10} este specific, el nu se mai găsește cu aceleași proprietăți antigenice în componenta „O” a celorlalți protei. Acesta este antigenul care reacționează cu anticorpii din serul exantematicilor, proteul $X_{10}O$ fiind aglutinat de către serul bolnavilor.

Cum se explică aceasta reacțiune serologică între antigenul $X_{19}O$ și aglutininele antixantematice? După cercetările mai noi antigenul „O” al proteului X_{19} ar prezenta un antigen parțial, o haptenă alcali rezistentă (White), factorul X (Castaneda) de natură polizaharidă sau glucido-lipidică (Clucă și Mesrobianu), ce după Castaneda ar fi comun proteului $X_{19}O$ și Rickettsiilor *pro-wazeki*. Acest factor ar fi răspunzător de reacțiunea Well-Felix.

Aglutininele față de proteul $X_{19}O$ apar în sângele bolnavului de obicei în 4—7-a zi de boală. La început la un titru mic 1/20—1/40, apoi cresc rapid și ajung în ziua 7—10-a la 1/160—1/640, iar la sfârșitul boalei și începutul convalescenței reacțiunea Well-Felix e pozitivă la titre maxime de 1/1280—1/50.000. Aglutininele se mențin în timpul convalescenței, scad apoi la un nivel neînsemnat după 4—6 luni. Foștii bolnavi la un moment dat pot să prezinte o urcare a titrului aglutininelor, în urma unui stimul piretic nespecific.

În unele cazuri reacțiunea e pozitivă numai pe la sfârșitul boalei sau în perioada de convalescență, în special la cazuri cu evoluție gravă. Într-un procent de 4—6 a cazurilor de tifus exantematic reacțiunea Well-Felix rămâne negativă în tot cursul boalei și în convalescență.

Specificitatea reacțiunii nu este absolută. Serul persoanelor sănătoase pot să prezinte aglutinine față de $X_{19}O$ la titru între 1—20 până 1/160 sau chiar 1/320. Procentul acestora poate să se ridice până la 10—30% din populație, mai ales în regiunile unde populația este intens parazitată și tifusul exantematic este endemico-epidemic. Aceste aglutinări, nu sunt așa de nete și titrul lor se menține la același nivel, când repetăm reacția la interval de câteva zile.

Concomitent cu un rezultat Well-Felix pozitiv la un titru mare se obțin uneori și reacțiuni pozitive la un titru incomparabil mai mic la reacțiunea Widal. Antecedentele cazului, vaccinarea cu T. A. B., precum și aplicarea seroreacției calitative a lui Felix, va ajuta la interpretarea corectă acestor paraaglutinări.

În caz de febră tifoidă reacțiunea Well-Felix uneori poate fi pozitivă la 1/100—1/200 excepțional 1/400.

Reacțiunea Well-Felix se execută după o tehnică simplă. Rezultatul se poate citi după 6 sau maximum 24 ore de incubare. La interpretarea rezultatului trebuie să ținem seamă de stadiul boalei, un titru de 1/160 fiind foarte semnificativ pentru infecția exantematică, mai ales când aglutinarea este netă. În cazuri dubioase sau neconcludente reacțiunea se va repeta la interval de 2—4 zile.

Din punct de vedere practic, reacțiunea Well-Felix este un foarte important mijloc simplu de diagnostic etiologic al bolnavilor tipici și frusti, precum și

pentru descoperirea cazurilor cu infecțiuni înaparente de tifus exantematic.

Recent Kudicke și Steuer descriu o metodă rapidă de diagnostic serologic cunoscută sub reacția de aglutinare cu picătură de sânge uscat. La 3 picături separate de sânge, uscate pe lamă, se adaugă cantități diferite din emulsia de proteu $X_{19}O$ ca să se obțină diluțiile 1/50, 1/100 și 1/200. Dacă reacția e pozitivă după 5'—10' se produce o aglutinare floculară net vizibilă. De fapt reacțiunea este foarte simplă. Din punct de vedere al diagnosticului însă, ceea ce ne interesează în reacțiunea serologică nu este numai punerea în evidență calitativă a aglutininelor ci și cantitatea lor, — titrul reacției. În tifusul exantematic interpretarea reacției serologice este în strânsă corelație cu stadiul boalei. La început un titru de 1/50 este foarte semnificativ la un caz sigur de tifus exantematic, pe când la un caz cu stare febrilă care nu este exantematică într-un stadiu mai avansat un titru de 1/200 poate să nu aibă nicio valoare diagnostică deoarece un astfel de titru poate să fie nespecific și foarte frecvent în regiunile endemice. De aceea diluția serului trebuie făcută între 1/20—1/1280. În laborator dacă e cazul să se facă o reacție serologică cantitativă este mai științific a executa în eprubetă decât pe lamă.

Profilaxia specifică. Profilaxia și combaterea tifusului exantematic prin măsuri de deparazitare întâmpină dificultăți serioase, când populația intens parazitată, rămâne indiferentă față de măsurile instituite de către organele sanitare, fie din cauza unei rele situații economice și sociale, fie din lipsa cunoștințelor elementare de igienă personală. Rezultate radicale prin aceste măsuri nu se pot obține decât cu mari sacrificii materiale și necesită pe lângă activitatea continuă și susținută a serviciului sanitar, o colaborare strânsă cu organele departamentelor care au în grijă starea economică și culturală a populației. O deparazitare totală și permanentă a unei populații, nu poate fi realizată decât prin civilizație și ridicarea standardului de viață.

Considerațiunile de acest ordin au determinat căutarea mijloacelor de profilaxie specifice, care singure sau în combinație cu deparazitarea să facă imposibilă apariția sau răspândirea tifusului exantematic.

Cu progresul ce s'a realizat în studiu și cunoașterea biologiei agentului etiologic al tifusului exantematic, metodele de vaccinare preventive au fost puse pe baze imunologice controlabile. Vaccinurile în studiu sau în aplicare pe teren sunt numeroase. Principiul, tehnica și rezultatul celor mai importante sunt următoarele:

Vaccinul Zinsser (1938). *Rickettsia prowazeki* este cultivată *in vitro* pe medii cu țesuturi după tehnica lui Zinsser. Vaccinul se prepară din cultura destul de abundentă obținută pe acest mediu, emulsionată și omorâtă

prin adăugarea de formol. A fost aplicat în China de către Zia, Pang și Wu în 1940, cu rezultate din care concluziunile precise încă nu se pot trage.

Vaccinul Cox (1940). Se prepară din cultura de Rickettsii *proWazeki* în vivo, în sacul vitelin al embrionului de pul. Emulsia de virus foarte infecțioasă este formolată sau fenolată, deci omorâtă și întrebuințată ca vaccin. Rezultatele imunizante pe cobai au fost satisfăcătoare. Incercările de vaccinare pe om au fost făcute și la noi cu acest vaccin, preparat de către Institutul Cantacuzino. Rezultatele nu se cunosc.

Vaccinul Weigl (1930). Păduchi de corp sunt inoculați cu Rickettsii pe cale anală cu ajutorul unei pipete capilare. După 8 zile celulele epiteliiale ale intestinului sunt pline cu Rickettsii. Intestinele păduchilor sunt recoltate în mod steril, triturate și emulsionate în ser fiziologic fenolat 0,5%. Concentrația antisepticului este suficientă ca să omoreze virusul.

În medie, intestinul unui păduche conține între 10—100 milioane Rickettsii. Pentru vaccinarea unei persoane, Weigl recomandă să se inoculeze intestinele a 150 de păduchi infectați. Injecțiunile se fac subcutan, în trei doze crescânde, la interval de 3—6 zile. Prima doză conține virusul din 25 păduchi, a doua din 50 păduchi și a 3-a doză din 100 păduchi, în total inoculându-se 7—8 miliarde de Rickettsii.

Vaccinul își păstrează eficacitatea cel puțin 3 ani, dacă e păstrat la gheață.

Acest vaccin prima oară a fost aplicat pe misionarii belgieni din China de Nord, cu rezultate foarte bune, mortalitatea printre cei vaccinați fiind redusă la 0. În Polonia s-au vaccinat mai bine de 100 mii de persoane. În Etiopia în 1938 au fost vaccinați 13.000, iar de prezent germanii prepară și aplică acest vaccin în mediu militar pe scară întinsă. Reacțiunile postvaccinale sunt de minimă importanță, iar rezultatele foarte bune. Printre cei vaccinați îmbolnăvirile de tifus exantematic sunt reduse la 0,09%, iar letalitatea la 0. Imunitatea după vaccinare are o durată de un an. E important să se întrebuințeze ca surse pentru prepararea vaccinului Rickettsii autohtone, deoarece în cursul pasagilor succesive prin organismul păduchilor, virusul poate să prezinte variațiuni în valoare antigenică.

Difficultățile tehnice de preparare sunt însă mari și comercializarea vaccinului nu se poate face. Un laborant experimentat poate inocula într-o zi până la 1000 de păduchi. Weigl, în laboratorul său din Lemberg nu putea prepara mai mult de 2000—2500 doze pe lună. Costul unei doze de vaccin era de 40 fr. elvețieni.

Cu toate că Weigl, ulterior a micșorat concentrația vaccinului la 1/10 din cât a fost întrebuințat la început, totuși din cauza dificultăților de preparare, acest vaccin încă nu poate servi ca un mijloc de pro-

filaxie în masă, aplicarea lui rezumându-se la personalul sanitar însărcinat cu combaterea exantematicului.

Vaccinul preparat din plămân de șoarece (1941).

Am văzut metoda prin care Durand, Giroud și Sparow infectează șoareci pe cale nasală cu virusul tifusului exantematic. Acești autori prepară vaccin cu Rickettsiile cultivate în plămânul șoarecilor și omorâte prin formol, obținând pe animale rezultate imunizante bune.

Combleescu, Zotta și colaboratorii dela Institutul Cantacuzino, au reluat problema acestui vaccin și de prezent se prepară și aplică la noi pe o scară întinsă. Șoarecii infectați pe cale nasală, mor în medie după 72 ore, cu plămânul complet hepatizat, extrem de bogat în Rickettsii. În medie un plămân conține un miliard doze infectante. Emulsii de Rickettsii se obține din acest plămân triturat și debarasat prin centrifugare de resturile celulare și fragmentele de țesut. Suspensiunea în ser fiziologic este inactivată prin adăugarea de formol 22%. Dintr'un plămân de șoarece se prepară o suspensie de virus într'un volum de 10 cmc. Vaccinul se administrează subcutan la 3—5 zile interval în doze de 0,5 cmc., 1 cmc., și 1 cmc. Reacțiunile postvaccinale sunt neînsemnate. Valoarea imunizantă a acestui vaccin la om nu este încă precizată. Se pare că evoluția infecției exantematice la cei vaccinați este mult mai benignă, letalitatea fiind redusă aproape la 0.

La fel se prepară vaccin și din plămânul câinilor tineri, infectați pe cale respiratorie. Din plămânul unui câine se poate obține 1500—2000 cmc. vaccin. Rezultatele pe animal sunt satisfăcătoare. (Combleescu, Zotta și colaboratorii).

Metode de vaccinare cu virusul tifusului murin viu și atenuat. Pe baza înrudirii antigenice ce există între *R. prowazeki* și *R. mooseri* și imunități încrucișate dintre tifusul epidemic și cel murin, Lafret în Tunis și Blanc în Maroc, întrebuințează virusul tifusului murin viu însă într'o formă atenuată ca vaccin contra tifusului murin și clasic.

Vaccinul biliar a lui Blanc (1933). Ca sursă întrebuințează virusul tifusului murin, izolat de la șobolanii în Casablanca. Acest virus are o acțiune patogenă redusă la om. Infecțiunea ușoară, conferă însă imunitate atât față de virusul murin, cât și față de cel al tifusului exantematic clasic. Prin adăugarea bilei de bou, îl diminuează încă din infecțiozitate.

Virusul astfel atenuat, introdus în organismul omului produce o infecție aparentă. Vaccinul e preparat din emulsia de organe a cobailor infectați și sacrificați în plină reacțiune febrilă. Tunica vaginală, splina și capsula suprarenală, mai bogate în virus, sunt tocate și emulsionate în ser fiziologic, în diluția de 1/750—1/1000. Se adaugă apoi bilă de bou în proporția de 5%, și după 1/4 de oră vaccinul trebuie să fie administrat. Se

Injectează intramuscular în regiunea deltoidiană, într-o singură doză de 1 cmc.

Vaccinul trebuie preparat proaspăt și administrat la $\frac{1}{4}$ de oră din momentul adăugării bilei, un contact mai îndelungat scăzând foarte mult din eficacitatea vaccinului. De obicei cobalii infectați și aparatura necesară preparării vaccinului aranjate în truse sunt transportate pe teren și vaccinul este preparat la fața locului. Acest vaccin a fost aplicat în Maroc la peste 1,5 milioane de indivizi, cu rezultate epidemiologice bune. Dacă se vaccinează toată populația la începutul epidemiei, infecțiunea este oprită brusc și definitiv în răspândire. Îmbolnăvirile printre cei vaccinați nu trec de 1,5%.

În timpul din urmă Blanc și Baltazard (1940), prepară vaccin din dejectiunile purelor infectați cu virusul murlin, material care se poate păstra timp îndelungat și doza mult mai bine decât prin metoda precedentă. Vaccinul este tot bilat și atenuat.

Vaccinul lui Laigret (1935). Se prepară din creierul șobolanilor infectați experimental cu o sursă de tifus murlin, izolat de la șobolan, de către Sparow, în Tunis. În a doua zi de boală, creierul șobolanilor este ridicat, pisat într-o soluție de fosfat de sodiu anhidru și transformat într-o pastă, iar în pulbere prin uscare într-un desiccator cu Cl_2Ca . La pulberea obținută se adaugă gălbenuș de ou, (1 gram pulbere + 4 cmc. gălbenuș), formându-se o nouă pastă care se usucă și se transformă în pudră. Virusul înglobat în gălbenuș de ou și uscat își păstrează virulența timp îndelungat dacă este păstrat la vid și temperatură joasă. Înainte de întrebunțare este suspendat în oleu de olive și este administrat subcutan într-o singură doză de 1 cmc. Dintr-un creier de șobolan se pot prepara 200 doze. Vaccinul conține virus murlin viu și introdus în organism la om produce o infecție inaparentă. Infecția este urmată de imunitate față de tifusul murlin și clasic. Incorporarea în gălbenuș de ou nu atenuează propriu zis virulența virusului, ci încetinează absorbția și difuzarea lui în organism. Cu acest vaccin în Tunisia din 1935 până în 1939 au fost vaccinați 92.000 indivizi. Rezultatele sunt foarte satisfăcătoare.

Laigret și Durand (1939) au ameliorat în ultimul timp tehnica originală și au pus la punct un mijloc mai exact de titrare a activității vaccinului. Prin experiențe

de adaptare la șoareci, au reușit să fixeze patogenitatea unei surse de virus murlin în așa fel, încât animalul după o incubatie regulată de 5—6 zile moare, cu fenomene de paralizie. Din creierul acestor șoareci se prepară prin tehnica precedentă, după ce se amestecă cu gălbenuș de ou, o pudră care se poate păstra la temperatură ordinară până la 33 zile. În momentul întrebunțării este suspendat în apă distilată, în loc de oleu de olive, și injectat subcutan în cantitate de 1 cm³. Un creier de șoarece furnizează 1000 doze.

Vaccinul acesta se aseamănă ca principiu și metodă de preparare cu vaccinul lui Pasteur contra turbării. Și aici vaccinul este o sursă de virus murlin fix, preparat prin uscare din creierul șoarecelui infectat.

Din 1939 acest vaccin a fost aplicat la peste 200.000 indivizi, în Tunis, fără să fi semnalat printre vaccinați vreun caz de tifus post-vaccinal. Îmbolnăvirea la cei vaccinați a fost de 0,08%.

Din cauză că vaccinul lui Blanc și Laigret conține virusul tifusului murlin viu, obiecțiunile acelor care pretind că vaccinații ar putea prezenta îmbolnăviri de tifus murlin este justificată, prin accidente post-vaccinale care au survenit la începutul aplicării acestor vaccinuri și în special la populația de origine europeană din Africa franceză. Metodele noi de preparare a vaccinului Laigret au înlăturat însă și aceste inconveniente.

Iar rezerva multora, în ce privește aplicarea acestui vaccin în țările unde nu există tifus murlin, din motivul că s'ar putea creta focare și rezervoare noi de tifus murlin, este discutabilă.

Sero-profilaxia cu ser antilexantematic preparat pe animale nu a dat rezultate, Serul de convalescent însă recoltat în a 10—12 zi de afebrilitate atât profilactic cât și curativ în lipsa altor mijloace specifice trebuie întrebunțat.

Din expunerea metodelor mai importante de profilaxie specifică constatăm că în special vaccinul lui Weigl și al lui Laigret modificat s'au dovedit și în aplicările pe teren eficace. Experiențele și observațiunile în curs favorizate din nenorocire de împrejurările actuale, vor soluționa și profilaxia tifusului exantematic, flagel al mizeriei sociale și economice și armă bacteriologică atât de temută și periculoasă a războaielor.

Epidemiologia tifusului exantematic clasic

de

Dr. T. Turcu

Prin studiul epidemiologiei tifusului exantematic se urmăresc condițiile extrem de variabile ale contagionii. Tifusul exantematic a fost temut și în vremurile de mai înainte ca o primejdie inevitabilă, în condiții care reduc rezistența naturală a populațiunii prin numeroasele suferințe și lipsuri produse în deosebi de război, secetă, foamete și orice împrejurări care provoacă mizerie, promiscuitate și neglijarea igienei corporale. Sunt substraturile optime pentru favorizarea pediculozelor ca factor executiv în producerea și menținerea focarelor de tifus exantematic.

În epoca, când nu se cunoșteau nici cel mai fundamental factori epidemiologici ai contagionii exantematice, epidemiile se recunoșteau după ce luau plină evoluție, cu formele clasice cele mai grave și numeroase cazuri mortale. Formele ușoare nu interesau, cu toate că contribuiau și ele la propagarea infecțiunii, mai mult însă la trecerea neobservată a virusului prin așa numita epocă inter-epidemică sau prin zona endemică.

Azi nu ne mai putem mulțumi cu formele grave, clasice clinice, ușor de recunoscut, care se pot izola cu ușurință. Cu mult mai importante sunt cazurile atipice, fruste sau chiar înaparente, căci în condițiile actuale sunt mult mai frecvente ca cele clasice alarmante, și credem că în urma vaccinărilor aplicate pe scară tot mai întinsă numărul lor va crește atât proporțional cât și în mod absolut.

Epidemiologia modernă a tifusului exantematic a luat abia în anul 1910 ființă prin Nicolle. Acest autor arată importanța păduchelui de haine în propagarea tifusului exantematic, iar războiul mondial 1914—19 a servit cu material abundent în experiențele celor mai merituosi cercetători, Ricketts și Prowazek, care prin jertfa vieții lor au depus cea mai prețioasă plată fundamentală în domeniul cercetărilor pe cale experimentală și împreună cu Da Rocha Lima au dus la descoperirea adevăratului agent patogen, numit în semn de ploasă recunoștință Rickettsia Prowazeki.

Un mare progres a obținut Weigl în 1932—35 prin infecția artificială și perfecționarea cultivării Rickettsiei Prowazeki în păduche, a introdus noul metodă prin experiențe în păduchi în căutarea surselor de infecție, acestea constituind cel mai important și poate cel mai dificil factor în propagarea exantematicului, în deosebi în ce privește sursele latente în bolnavi înaparenți, atipici sau frusti.

Prin cultivarea Rickettsiei Prowazeki în păduchele de haine s-au obținut cantități mai mari de Rickettsii și s-a urcat foarte mult valoarea analizei serice de aglu-

tinare. Aglutinarea cu Rickettsia-Prowazeki este strict specifică și indică persoanele în stare de invazie cu Rickettsia-Prowazeki, din punct de vedere epidemiologic considerate ca izvoare primordiale de infecție.

Pe lângă cobai, ca animale de experiență pentru tifusul exantematic, azi dispunem de mai multe specii de animale receptive pentru infecție, în primul rând șoarecii albi, experimentați de Sparrow, Castaneda, Hudson, Durand, și Giroud, Combleșcu, Zotta, Manulescu, Pop și Tascău, ultimii reușind să adapteze Rickettsia-Prowazeki și pentru infecție masivă în pulmon de câiel tineri de 4 săptămâni și deschid astfel noulă perspectivă în cercetări experimentale, pentru lămurirea izvorului de infecție ca punct de plecare în epidemiologia exantematicului.

Izvorul de infecție.

Izvorul de infecție principal este omul invadat cu agentul patogen, care în om la formă semifiltrabilă și greu vizibilă la microscop, distribuit în cantități mai mici sau mai mari în tot corpul uman, deci circulă și în sânge și părăsește organismul odată cu sângele supt de păduchele vestimentelor.

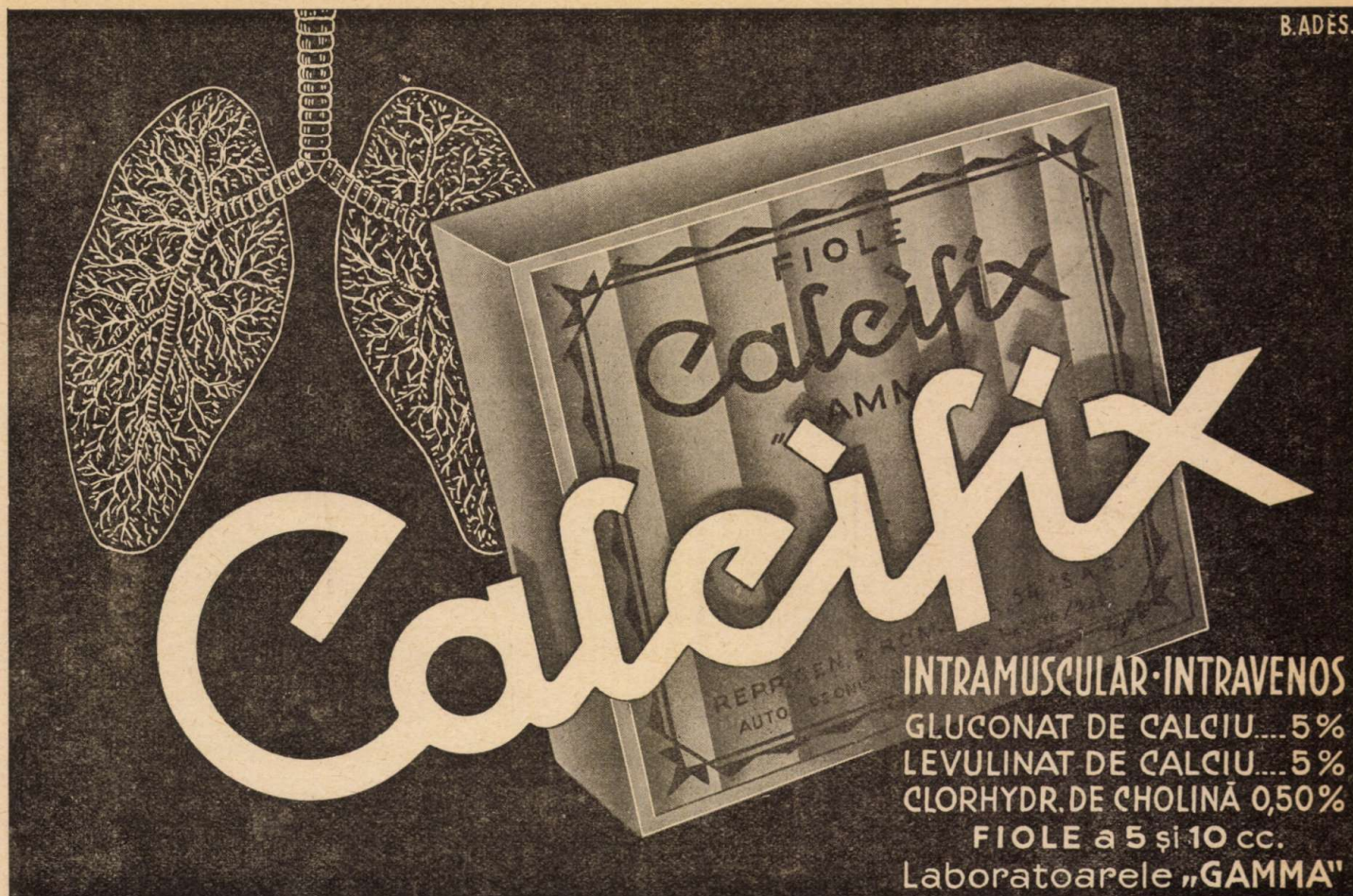
Sângele bolnavului clasic grav conține cantitățile cele mai mari de agenți patogeni. Importanță are însă și restul indivizilor ușor îmbolnăviți, cu mult mai mare în număr, din jurul celor clasici, căci și aceștia poartă agentul patogen în sângele lor, deși în cantități variabile și proporționale cu gravitatea stării morbidă. Acest fenomen s-a confirmat experimental de Weigl, Mosing, Mooser și alții, prin probe de infecție a păduchilor puși să sugă sânge din bolnavi de exantematic de diferite gravitate cât și persoane aparent sănătoase din jurul categoriei precedente. Iată constatările lor:

Păduchii care sug sânge de la bolnavi gravi se infectează 100% pe toată mucoasa intestinală, începând de la debut și pe toată durata bolii până la completă defervescență.

Sugând pe bolnavi de gravitate mijlocie, păduchii se îmbolnăvesc mai ușor și numai zilele cât durează starea febrilă.

Bolnavii ușori și atipici infectează numai la începutul bolii.

Cel înaparenț, ambulant, descoperit prin reacția de aglutinare Well-Felix X₁₀ „O” și Weigl cu Rickettsia-Prowazeki nu produce infecție manifestă în păduchi, acești păduchi însă infectează cobaii pe cale peritoneală cu conținutul lor intestinal, îmbolnăvindul cu simptomele caracteristice pentru infecția exantematică exper-



Calcifix

INTRAMUSCULAR · INTRAVENOS

GLUCONAT DE CALCIU.... 5 %
LEVULINAT DE CALCIU.... 5 %
CLORHYDR. DE CHOLINĂ 0,50 %

FIOLE a 5 și 10 cc.
Laboratoarele „GAMMA”

OVOCALCIUM

GYNOFOLIN + GLUCONAT DE CALCIU

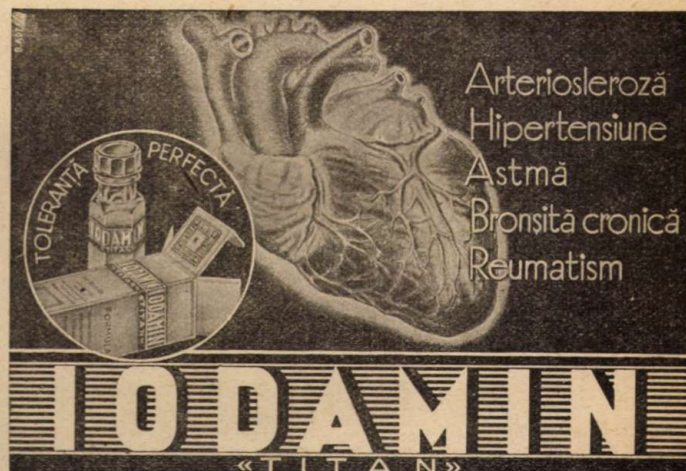
Turburări de insuficiență ovariană, anovarii congenitale, sau câștigate, menopauză precoce sau fiziologică.

Cutii cu 6 fiole a 5 cmc. pentru inj. intramusculare. Una fiolă la 2 zile.
Flacoane cu 35 comprimate a 0,35 gr. pentru uzul intern, 3—4 pe zi.



Antiartritic

Antireumatic

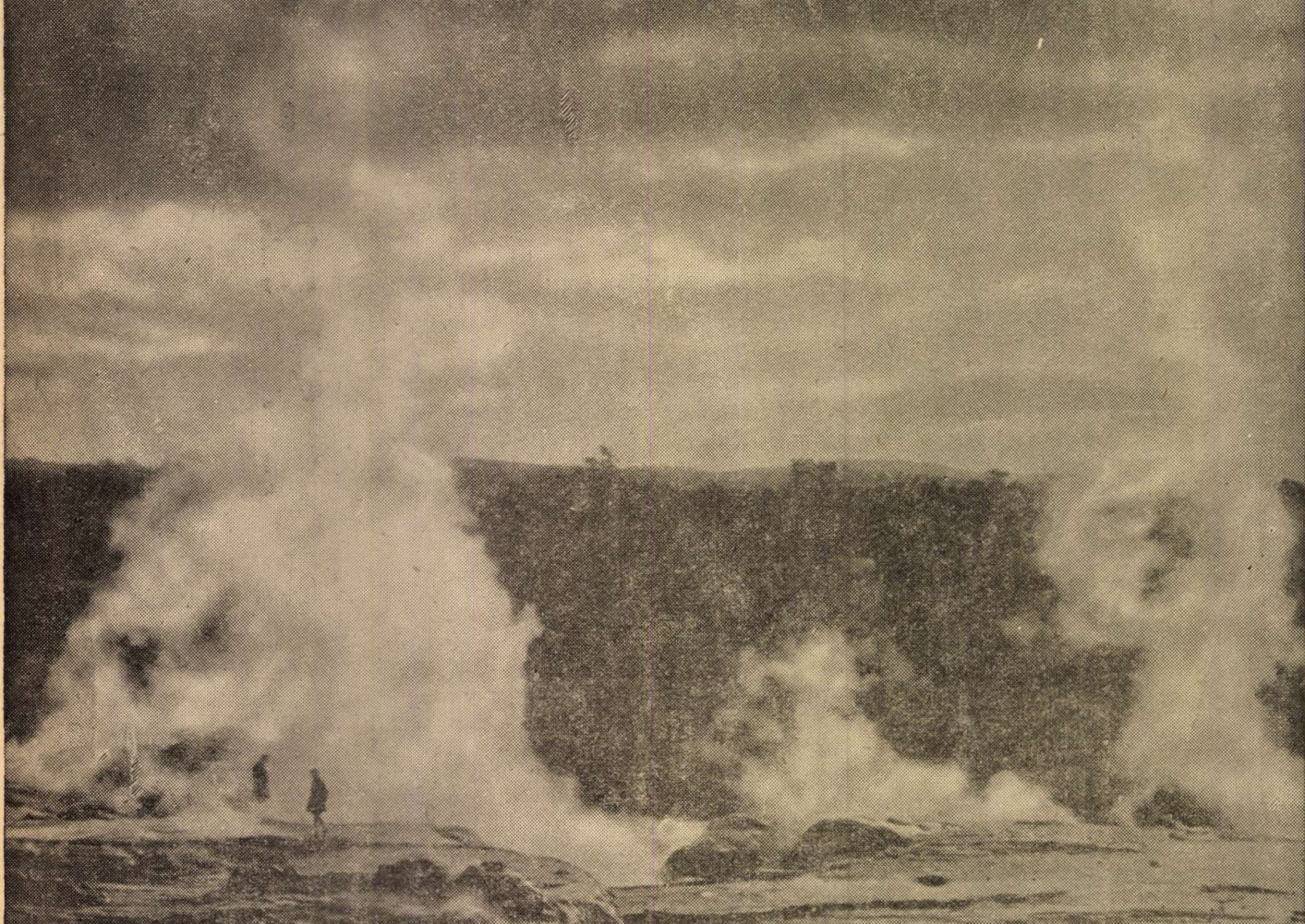


Fiole

Picături

Reprezentanța pentru România: „S. I. F.” s. a. r. București IV, Str. Avram Iancu 32

ABURI TĂMĂDUITORI



. . . . Precursori tratamentului modern de înhalatie!

Glycirenan

reputat de decenii pentru profilaxia
și tratamentul

astmului bronșic, bronșitele, rinitei,
laringitei, tracheitei și sinusitelor.

Atmos - Gesellschaft Fritzsching & Co., Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, București III, Str. G-ral Eremia Grigorescu, 6.

mentală. Cercetând însă acești păduchi cu metode mai minuțioase, la o mare parte s'au aflat celule intestinale infectate cu Rickettsia-Prowazeki, însă la un număr redus de celule, fenomen numit de autorii susamintiți: „a multiplicației lente”, asupra cărui fenomen vom reveni mai jos.

Cercetări proprii împreună cu Ardeleanu și Prodanu, cât și ale lui Welgl, Mosing, Steuer și alții, arată că existența bolnavilor frunși și inaparenți ca rezervorii de virus se poate demonstra și prin reacția de aglutinație Weil-Felix și Welgl. Titrul acestor aglutinații urcă treptat cu evoluția bolii, ca în convalescență să cadă din nou.

Convalescenții din boala manifestă sunt liberi de agenți patogeni și reinfecția, chiar după timp mai îndelungat, este extrem de rară. Toți vaccinații nutritori a păduchilor din Institutele pentru producerea vaccinului Welgl, trec prin boală ușoară sau mai gravă. După observațiile lui Welgl și colaboratorii, acești nutritori imuni, cu tot contactul lor permanent cu virus extrem de virulent, nu mai pot infecta păduchi sănătoși cu virus exantematic, deci nu poartă virusul într'insii. De sine se înțelege, că infecții ușoare în deosebi inaparente, nu exclud creșterea unui izvor ulterior de virus. Acest fenomen se confirmă și experimental prin constatările făcute de Clucă, Bălțeanu, Constantinescu, prin reinfecția gravă a unei persoane trecute cu 106 zile în urmă prin boală inaparentă, dovedită prin experiență la cobai. S'a constatat adeseori și de noi la epidemiile de tifus exantematic, cu diferite condiții epidemiologice, Suceag, Borșa, O. Sibulul.

Persistența izvorului în perioada interepidemică

Dacă îmbolnăvirile grave, cu vast izvor de infecție, se produc la debutul epidemiei în mediu receptiv și susceptibil, în mediu endemic ele se manifestă chiar spre finea și la apogeul epidemiei. Acest fenomen, aplicat prin devirularea agentului patogen în prima condiție și virularea lui în condiția din urmă, ne subliniază totodată persistența virusului exantematic într-o regiune.

Am văzut mai sus, că boala ușoară produce infecții atenuate la păduchi prin „multiplicație lentă”. Este împrejurarea creată la finea epidemiei în mediu endemic, iar dacă păduchii persistă, acum deja în mediu endemicizat, se vor infecta încet, prin multiplicația lentă a virusului, caracteristica mediului endemic. Acești păduchi nu vor infecta, sau în cel mai rău caz vor produce cazuri ușoare sau inaparente. Agentul patogen în mucoasa lor intestinală, după constatările lui Welgl-Mosing, invadează numai un mic număr de celule și infecția trece treptat de la celulă la celulă și în felul acesta virusul poate persista până la 3—4 luni, căci în condiții favorabile păduchele poate trăi și mai mult timp, în deosebi în decursul verii, când — pare a fi

paradoxal, totuși e realitate, — păduchele trăiește în mediu mai rece ca iarna, căci lipsește îmbrăcămintea caldă și rar schimbă în timpul iernii.

Evoluția lentă în păduche a virusului în mediu endemic, durata lungă a vieții păduchelului cât și persistența virusului în fecalele păduchelului infectat, ne poate explica în parte persistența virusului în perioada interepidemică atât în păduche cât și în cazurile inaparente la om, a căror depistare se poate face prin reacția pozitivă Weil-Felix și Welgl, cu toată starea lor inaparentă sănătoasă. Aceste cazuri înainte de descoperirea lor serologică, ascundeau o stare endemică de tifus exantematic. Factorii numiți pot însă produce în aceeași perioadă și vara, în sezon neobișnuit, epidemii cu caracter particular al agentului patogen de virulență variabilă, creștând din nou izvoare de infecție vaste, dar și de intensitate redusă.

Iată vreo câteva exemple:

În comuna Bravicea (Basarabia), cunoscută ca focar endemic, s'a îmbolnăvit mortal în 8 Iunie 1939 un soldat din unitatea cantonată de 16 zile în această comună. Măsurile de deparazitare, aplicate din prima zi a cantonamentului, a prevenit propagarea bolii în unitate, care de altfel a părăsit comuna în ziua de 9 Iunie.

Comuna suferă în fiecare iarnă din anii precedenți de mici epidemii de tifus exantematic, în decursul verilor și cea din 1939 fiind liberă de cazuri manifeste.

Am constatat o mică epidemie în Mediaș în 1942, în lunile Iulie și August, între Țigani unui cartier țigănesc, cu 6 cazuri, dintre cari primul mortal, al 2-lea ușor, cu 6 zile febrile, fără exantem, al 3-lea, 4-lea, 5-lea au fost cazuri ușoare inaparente, constatate prin urcarea și coborirea titrului Weil-Felix, toate aceste cazuri în 2 case alăturate, iar al 6-lea caz grav, cu febră 40° C, exantem, într-o casă de peste drum de celelalte.

Epidemia a fost adusă de cazul I din regiunea Târgu-Mureș. Cazurile II, III, IV și V, îmbolnăviți scurt după cazul I, au luat boala prin păduchii aduși de acesta, iar cazul VI infectat în 3 August, probabil cu păduchii infectați mai masiv din cazul I, care a fost mortal, dar posibil și prin fecale și resturi de păduchi infectați de pe hainele cazului I, mort în 18 Iulie, din cari a primit și cazul VI, după obiceiul înrădăcinat între populația țigănească.

Măsuri severe de carantină și deparazitare completă au stins radical epidemia, astfel că iarna trecută acest cartier a rămas liber de exantematic.

Epidemiile ivite în mediu endemic

Experiența lui Welgl și Mosing în infecția păduchilor cu sânge de bolnav, au demonstrat că orice influență dăunătoare rezistenței omului infectat (cum ar fi foamea, setea, mizeria, frig, oboseală, lipsa de curățenie, epulzarea fizică, ba chiar și cea psihică) agravează evoluția bolii. Credem că acest factor are cel mai important rol în producerea epidemiei într'un mediu endemic, ele începând cu cazuri inaparente, ca după înmulțirea virusului în bolnavi ușori, păduchii să se infecteze intens, iar aceștia la rândul lor să producă cazuri din ce în ce mai grave, ca după imunizarea colectivității pe cale naturală de boală, să se stingă cu cazuri inaparente.

Astfel s'au produs în anii 1916—20 în Polonia numeroase epidemii, dealungul graniței de rășărit; la noi în România în anul 1919 în regiunea subcarpatină limitrofă cu populația rusească din Polonia de Sud-Est; în Basarabia, și Moldova, în decursul războiului trecut între soldații ruși, cât și armata și populația română. Cele mai îngrozitoare epidemii s'au ivit însă în Rusia la finea războiului, lăsând în urmă extinse focare endemice de tifus exantematic pe tot teritoriul Rusiei europene.

Iată o epidemie recent observată. Ea a fost atât de plastic încadrată în limitele colectivității atinse, încât putem exclude cu certitudine orice invazie externă a agentului patogen.

Un mare număr de prizonieri de războiu ruși, căzuți în captivitate în lunile Iulie, August 1941, se cazează într'un lagăr din interiorul țării pe ziua de 20 Sept. 1941. În decursul transportului, ce a durat mai multe zile, au suportat multe lipsuri și regim sever. În condiții de rezistență foarte redusă și igiena corporală complet neglijată, au fost cazați în bărci de construcție slabă, fără lumină și ventilație, fără încălzitul indispensabil pentru astfel de bărci.

O parte din prizonieri au sosit în stare emaciată cu dizenterie bacilară. La 2 săptămâni s'a dezvoltat o epidemie gravă de dizenterie cu peste 80 de cazuri, care însă la 3 alte săptămâni s'a combătut.

Acești prizonieri n'au ajuns în atingere decât cu unitatea de jandarmi care făcea de pază.

Cu toate insistențele depuse de noi pentru ameliorarea cazării, deparazitarea cât mai urgentă a bărcilor și a prizonierilor, pentru prevenirea tifusului exantematic, întreprinderea care îi avea în regie de lucru a neglijat această măsură.

Prizonierii lucrau zilnic la șantier, noaptea nu se puteau odihni din cauza promiscuității și a parazitismului excesiv ce îi extenua la extrem. În lipsa apei suficiente au căzut într'o stare de murdărie corporală pronunțată, și cu toată alimentarea suficientă ce o primeau, primul viscol a secerat 12 morți, iar peste 30% au devenit incapabili de muncă, fiind reținuți în bărci ca scutiți.

În 18 Noembrie 1941 s'au constatat primele cazuri de exantematic, prin reacția Weil-Felix pozitivă, cu toate că încă nu prezentau simptome clinice caracteristice, afară de ușoară febră și simptome bronchiale. Acest examen s'a făcut de 6 medici cari cunoșteau aspectul clinic al exantematicului.

O nouă anchetă repetată în 26 Noembrie, descopere peste 10 cazuri cu exantem clasic, apoi urmează o serie întreagă de bolnavi clasici, cu numeroase cazuri mortale. Epidemia s'a stins în luna II 1942.

Deja la constatarea serologică a cazurilor prime inaparente s'a cerut vaccin antiexantematic de la Institutul de seruri și vaccini Dr. I. Cantacuzino. În ziua de 23 Noembrie am dat, împreună cu Dr. Chicra, medicul lagărului, întâia doză la aproape toți medicii, ofițerii și soldații unității de pază. Celelalte două doze la interval de 3 zile. Dintre 419 persoane vaccinate s'au îmbolnăvit clinic 8 medici și 35 soldați, o parte dintre aceștia primiseră numai 1 sau 2 doze. Cele mai multe cazuri au fost mijlocii, dar nici unul mortal.

În rezumat, colectivitatea a susținut virusul exantematic în prizonierii infectați inaparent, căci aceștia derivau din toate regiunile endemice de exantematic din Rusia occidentală. Izvorul de infecție timp de 2 luni s'a mărit și virulat în urma receptivității produse prin suferințele și lipsurile acestor prizonieri, creând un

mediu propriu pentru virularea și înmulțirea agentului patogen cu infecția intensă a păduchilor și astfel o epidemie gravă cu numeroase cazuri mortale.

Epidemiile ivite în mediu receptiv

În mediu receptiv epidemic virusul la din primul moment înmulțire excesivă, crează deci izvoare masive de infecție, produc infecția gravă a păduchilor și în consecință cazuri grave, mortale la început, ca la finea epidemiei să termine cu cazuri inaparente. Fenomenul se repetă cu regularitate aproape la toate epidemiile observate la noi, iar primul izvor de infecție, poate cel mai important și vast, de regulă a dispărut deja prin deces când situația a luat caracter epidemic și numai ancheta minuțioasă poate descoperi aceste prime izvoare prin diagnostic retrospectiv. Dar virusul persistă în păduchii de pe hainele decedaților, cari, după cum am mai amintit, la țigani și populația mlăceră se împart între neamuri și prieteni, etc., și produce astfel proximele cazuri grave dela începutul epidemiei, cu noul izvoare vaste de infecție.

Așa s'a produs epidemia de tifus exantematic în comuna Suceag (Cluj) în toamna anului 1938. Țigani cartierului Adeguș, în stare receptivă pentru exantematic, primesc infecția printr'un țigan care a colectat sdrențe și haine vechi de prin toate focarele endemice de exantematic existente atunci în țară. La data de 17 Sept. acest țigan sucombă, în 10 Oct. sucombă soția din aceeași casă și tatăl din casa vecină, unde mai sucombă un țigan pe data de 29 Oct. Restul de 6 persoane îmbolnăvite pe la finea lunii Oct. trec prin boală gravă, iar ultimele 20 cazuri îmbolnăvite la începutul lunii Noembrie fac forme ușoare și inaparente, când apoi epidemia se stinge.

Primul izvor grav de infecție a creat deci 4 noi izvoare grave din imediatul anturaj, iar aceștia la rândul lor crează restul de 5 izvoare mijlocii și 20 cazuri ușoare.

Deparazitarea, măsuri de curățenie și izolare, introduse din 15 Oct., au suprimat în majoritate parte vectorul agentului patogen și murdăria de pe haine, deci toate cazurile ivite după această dată au primit virusul din izvorul creat de primele 5 cazuri, indiferent că prin păduchi infectați sau vestimente contaminate cu resturi și fecale de păduchi infectați.

Rezervorul de virus în păduche

Rezervorul de virus ca izvor de infecție complementar se află exclusiv în păduchele vestimentelor. Acesta se infectează pe cale digestivă cu ocazia parazitismului pe omul infectat. În timp de 8—9, mai sigur 10 zile, după introducerea virusului pe cale bucală în mod normal, Rickettsia-Provazecki se înmulțește în interiorul celulelor epiteliale din tubul digestiv al păduchelui, în cantități atât de mari, încât la infecție masivă celulele plesnesc și elimină conținutul de Rickettsii-Provazecki în lumenul intestinului, iar de aici Rickettsiile se elimină prin dejectele păduchelui.

Dacă studiul epidemiologiei tifusului exantematic este atât de complicat, faptul se datorește în primul

rând rezistenței de necrezut a Rickettsiei-Prowazeckl, din momentul ce s'a format în păduche.

Constatările lui Starzyk sunt următoarele :

Rickettsia-Prowazeckl are rezistența mai pronunțată în mediu uscat decât în mediu umed.

În păduchele mort poate rezista încă o săptămână ; în intestin desecat și uscat brusc, până la 35 zile ; în intestin desecat și ținut la vid, până la 58 zile ; în excremente uscate, până la 66 zile, iar după constatările lui Fejgin, peste 1 an.

Această rezistență ne face să înțelegem că băile corporale în combaterea exantematicului sunt absolut necesare și că simpla deparazitare, fără îndepărtarea simultană a murdărilor de păduchi de pe piele și rușarea omului prin spălături, poate lăsa pe efecte agenți patogeni vii.

Rezistența aceasta a Rickettsiilor intervine regulat chiar la populația țigănească și mlizeră, atinsă atât de des de exantematic, prin obișnuința de a purta fără nici o scârbă și teamă haine vechi murdare, chiar dacă au fost luate de pe morți.

Fiindcă infecția păduchelui se produce exclusiv pe cale intestinală, șansa păduchelui de a se infecta din aceste excremente se reduce la rarele ocazii, când înțepătura se face pe acel loc al pielei care este contaminat cu excremente de păduchi infectați.

Cu cât temperatura ambiantă a păduchelui este mai urcată, cu atât Rickettsia se înmulțește mai repede, dar produce și mai repede moartea păduchelui.

Mosling a constatat că un păduche în condiții de infecție obișnuită poate trăi până la 6 săptămâni, având timp suficient ca după infecție ușoară să producă „multiplicarea lentă” a virusului, fenomen care se produce exclusiv în mediu endemic și despre care am vorbit în cele precedente. În astfel de împrejurări, păduchele cu infecție redusă poate trăi până la 2 luni, iar în timp de vară, când temperatura ambiantă a păduchelui este mai redusă ca iarna, chiar până la 4 luni.

Astfel se explică și posibilitatea persistenței păduchilor infectați pe indivizii cari au suferit cu mai multe luni în urmă de exantematic.

Vieața îndelungată a păduchilor infectați, multiplicarea lentă a virusului în păduchi, rezistența pronunțată a virusului în excrementele păduchelui, acești trei factori principali în mediu endemic au rol hotărâtor în menținerea virusului în acest mediu până la înscarea condițiilor favorizante pentru ivirea unei epidemii.

Acești 3 factori imprimă păduchelui două caractere din punct de vedere epidemiologic extrem de importante, anume : 1. *ca izvor complementar de infecție fac transmisiunea exantematicului*, și 2. *ca purtători de virus mențin infecțiunea pe toată perioada interepidemică*.

Calea de infecție

Păduchele prin înțepătură nu poate introduce agentul patogen în om, fiindcă atât glandele salivare cât și toată aparatul bucal de atac la introducerea trompei în plaga din piele este lipsită de Rickettsia-Prowazeckl. Păduchele în decursul suferinței de sânge elimină în mai multe rânduri excremente infectioase, dacă este și el infectat cu Rickettsia-Prowazeckl, aduce agentul patogen la suprafața pielei și îl poate imbița în albituri și haine de care se atinge locul respectiv.

Faptul că păduchele părăsește bolnavul febril și cadavrul, contribuie esențial la împrăștierea păduchilor infectați, dar excrementele contaminate cu Rickettsia-Prowazeckl rămân pe loc și mențin pe mai departe primejdia de contact cu aceste efecte.

De altă parte, saliva păduchelui introdusă în plaga pielei cu scopul de a împiedeca coagularea sângelui și de a produce abundență de sânge prin hiperemizare ușoară locală, produce totodată și mâncărime intensă. Reflexul de apărare, în deosebi pentru omul simplu este irezistibil, dar prin gratarea pielei se deschide poarta de intrare și prin același act se introduce în plaga gratăă Rickettsia-Prowazeckl din excrementele contaminate, sau, dacă păduchele se strivește, din intestinalele lui descoperite prin strivire.

Tot prin gratare se poate introduce virusul chiar și în lipsa păduchilor, în cazul când omul îmbracă efecte de îmbrăcăminte cu păduchi infectați. Este, după cum constată și Eyer, Mosling și colaboratorii, o condiție dată în primul rând pentru mediul greu încercat de exantematic și pediculoză excesivă.

Dar astfel de efecte, în deosebi cele greu murdărite cu material infecțios, care se usucă în țesutul lor, pot produce prin agitare lor praf contaminat, iar acesta plutind prin aer și inhalat de un sănătos receptiv va produce infecție pe cale pulmonară. Constatarea s'a făcut și prin laboratoarele cari experimentează cu tifus exantematic, iar mai nou prin laboratoarele producătoare de vaccin Weil.

Orice împrejurare, care împrășteie păduchi infectați, și hainele contaminate cu resturi și excremente de păduchi infectați, va propaga și tifusul exantematic. Reflexul dorsal al păduchilor facilitează mult în împrăștierea lor.

Omul în stare de curățenie personală, care reușește să evite contactul cu persoane parazitizate prin păduchi infectați sau cu efecte murdărite cu excremente și resturi de păduchi, nu se îmbolnăvește, chiar aflându-se în mijlocul unei epidemii cu vast izvor de infecție.

În epidemia din Ocna Sibiului (1943), pe lângă alte focare, se află două familii, fiecare cu câte 5 bolnavi de exantematic. Aceste familii locuiesc în două case situate vis-à-vis pe aceeași stradă. Lângă una dintre aceste case, în imediata ei apropiere, se

află o casă locuită de o familie cu 7 persoane, cari toate au rămas sănătoase, cu toate că la o distanță mică pe aceeași stradă s'au mai ivit alte 3 îmbolnăviri în 2 case.

Familia cu 7 persoane a rămas neatinsă de tifusul exantematic prin faptul că a evitat orice contact cu cele 2 familii învecinate, din cauza unei vechi și serioase certe, iar celelalte 4 familii cu bolnavii amintiți trăesc în termeni de prietenie și rudenie.

Se înțelege că la purtarea acestor fel de efecte (sdronețe, halne vechi) nu se pretează decât indivizii ca: cerșetorii, țișanul, vagabonul, șomerul și alte categorii de oameni abrutizați de mizerie și lipsuri continue.

Așa s'a ivit epidemia de tifus exantematic în Spania (1939) la sfârșitul războiului civil.

Așa se ivesc epidemiile noastre de tifus exantematic și flecare epidemie își are originea din câte un focar endemic sau epidemic.

Epidemia din Mediaș (1940) e adusă de un țigan din regiunea Târgu-Mureș, iar epidemia din 1943 de 2 țigani veniți în luna Decembrie cu un vagon comun, destinat pentru Sibiu, din Transnistria, regiune cunoscută ca epidemică de tifus exantematic.

În același vagon au sosit 65 persoane la Sibiu, cu 2 morți la sosire și cu mai mulți bolnavi. Ei au produs o epidemie de peste 30 de cazuri în Sibiu, cu toate măsurile de deparazitare ce li s'au aplicat după sosire, căci în scurt timp purtau din nou păduchi și haine murdare.

Și în fine avem cazuri sporadice cu proveniență necunoscută. Se produc mai cu seamă la persoane cari trăesc în condiții bune igienice, deci din straturile sociale mai bune. În felul acesta s'au îmbolnăvit la Sibiu, în iarna 1943, un ușler, un adjutant dela C. R. S. și un funcționar superior pensionat, ultimii doi făcând boală gravă, mortală. Virusul ajunge pe aceste persoane prin păduchi infectați, luați de pe efecte de contact, vehicule, calea ferată, etc., s'au de pe indivizii paraziți.

În rare împrejurări speciale de anchetă epidemiologică sau în mediu spitalicesc, cu ocazia recoltelor de sânge pentru sero-diagnostic, sângele infectat dela bolnavi poate ajunge pe degetele persoanei care operează recolta sângelui, astfel că posibilitatea unei infecții percutane.

Poarta de intrare

Poarta de intrare pentru virusul exantematic, cum am văzut, poate fi pielea lezată, aparatul respirator, dar și mucoasa bucală sau conjunctiva. Aceste din urmă sunt cele mai dese în condiții de lucrări de laborator cu material infectat. Astfel s'a îmbolnăvit mortal Well, prin infecție conjunctivală.

Imunitatea

Imunitatea în tifusul exantematic este antiinfectioasă, fermă și de lungă durată. Nu se știe însă cu precizie dacă imunitatea celor îmbolnăviți frust are aceeași valoare.

După constatările făcute de Eyer, Mosling și alții în laboratoarele pentru prepararea vaccinului Weigl,

cel imunității rezistă la infecții masive cu agenți patogeni extrem de virulenți.

Sexul și vârsta

Sexul în tifusul exantematic n'are importanță. Vârsta nu intervine ca factor special epidemiologic. Selecționarea anumitor vârste se produce prin condiții locale și ocazionale. În ce privește gravitatea bolii, deci a intensității izvorului de infecție, adulții se îmbolnăvesc de regulă mai grav decât copiii, iar fatalitatea crește proporțional cu vârsta.

Condiții epidemiologice generale

Între condițiile epidemiologice generale primează starea economico-socială, căci condițiile proaste de trai au favorizat întotdeauna tifusul exantematic, iar suferințele, lipsurile, promiscuitatea ca primii factori favorizanți ai pediculozelor produc și epidemii de tifus exantematic.

Aceleași stări se produc și în decursul războaielor mari, iar în urma deplasărilor masive umane în condiții forțate, adeseori neigienice, se poate produce pediculoză excesivă ca substrat esențial al propagării tifusului exantematic.

Față de epidemiile extrem de grave, cu fatalitate urcată între convoalele, cu stare sanitară decăzută, a evreilor trimiși la Bug, avem ca exemplu repatriarea germanilor, descrisă de Rose, făcută în condiții optime, cu respectarea riguroasă a igienei corporale și colective, anume 132.000 persoane (germani), repatriați din Wolhynia și Rusia occidentală în anul 1939, fac 9 cazuri de exantematic, infecțiile au fost luate însă din Wolhynia, și 200.000 persoane repatriate în anul 1940 din Bucovina și Dobrogea cu nici un caz de exantematic.

Anotimpul rece favorizează pediculoza, deci în primul rând ivirea epidemiei clasice de exantematic, însă virusul, în lipsa măsurilor radicale de combatere persistă și în decursul anotimpului cald de vară, în condiții endemice sau interepidemice, și a produs adesea mici epidemii, chiar cu cazuri mortale, în lunile de vară, cum am arătat mai sus.

Focarele originale ale tifusului exantematic azi sunt vaste și extinse, câmpul de război oriental constituind cel mai important focar, iar în ce privește România avem mai multe mici focare împrăștiate pe diferite regiuni ale țării.

Bibliografie

M. Ciucă, I. Bălțeanu și M. Constantinescu: La maladie inapparente comme reservoir humain de typhus exanthématique. — Bull. Off. Intern. Hyg. Publique. Vol. XXVII, pag. 1554, 1935.

D. Combișescu, G. Zotta, E. Mănculescu, A. Pop, I. Tascu: Die Schutzimpfung des Meerschweinchens gegen den klassischen Flecktyphus mit Hilfe formolgetöteter Rickettsien aus Mäuse und Hundelunge. — Zeitschr. f. Hyg. u. Inf. Krank. Vol. 123, p. 612, 1942.

Jodoterapie pe cale parenterală
prin

VASOJOD

Subcutan — intramuscular — intravenos

Fiole de 2 și 5 cc.
conținând 4 respectiv 10 mgr. jod.

In tratamentul tuturor stărilor de anafilaxie

PEPTOCALCIUM

— Mite și forte —

T A B L E T E

**Diarea, intoxicațiile alimentare, disenteria,
enteritele acute**

le combateți cu succes prin

TANNOCARBON

T A B L E T E

— Antiseptic, astringent. —

FABRICA DE PRODUSE CHIMICE

GEDEON RICHTER S.
A.

București V, Strada Logofătul Tăut Nr. 99

Telefon 5 69.02

In Hiperaciditate**Gastrită hiperacidă****Ulcer stomacal și duodenal**

ANTACID „SAPIC“

ANTACID cu Belladonna

Alcalinoterapie combinată (alcaline ușor și greu solubile, pentru a întreține aciditatea fiziologică în stomac).

In insomnie — Nervozitate — Nevralgii

CEREBROSAN

S I R O P

Calciu
Valeriană
Barbiturice
Brom
Analgezină

Sedativ: de trei ori pe zi câte 1—2 lingurițe.

Hipnotic: 1 lingură înainte de culcare.

Tratament de întreținere în cholecistopatii

HERBACHOL „Sapic“

C E A I U

Asociație de plante medicinale cu acțiune blândă choleretică, cholagogă, antiflogistică și calmantă.

Indicat în

Cholecistopatii subacute și cronice,**Cholelitiază**

Mostre și literatură trimite la cerere:

Dr. WANDER S. A.

Fabrică de produse farmaceutice și dietetice

București II. - B-dul Bucureștii-Noi 90

H. Moser: Experimente zur Frage der epidemiologischen Bedeutung inapparenter Infektionen beim Fleckfieber. — Schweiz. Zeitschr. f. Path. und Bact. Vol. IV, p. 1, 1941.

H. Mosing: Le typhus exanthématique en Pologne. — Bull. Off. Intern. de Hyg. Publique. Vol. XXX, pag. 1715, 1938.

P. dela Quintana: Das Fleckfieber in Spanien. — Zeitschr. f. Hyg. u. Inf. Krank. Vol. 123, pag. 665, 1942.

Rose: Fleckfieberfragen bei der Umsiedelung der Volksdeutschen aus dem Ostraum, 1939—40. — Deutsch. Med. Woch., p. 1262, 1941.

Starzyk: Vitalité, toxicité et pouvoir d'immunisation de

Rickettsia-Prowazecki, conservée hors de l'organisme de pou. — Compt. rend. Soc. Biol. Vol. CXXIII, pag. 1221, 1936.

T. Turcu, I. Ardelean și L. Prodan: Epidemia de tifos exantematic din comuna Suceag din toamna anului 1938. — Cluj. Med., Vol. XX, pag. 5, 1939.

R. Weigl: Faits d'observation et expérience démontrant l'efficacité du vaccin à Rickettsia. — Arh. Inst. Past. Tunis. Vol. XXII, pag. 15.

E. Brumpt: Précise de parasitologie. — Ed. Masson et Comp., Paris, 1927.

E. Martini: Lehrbuch der Medizinischen Entomologie. — Vrlg. G. Fischer, Jena, 1923.

Cercetări asupra tifusului exantematic din Transnistria de Nord

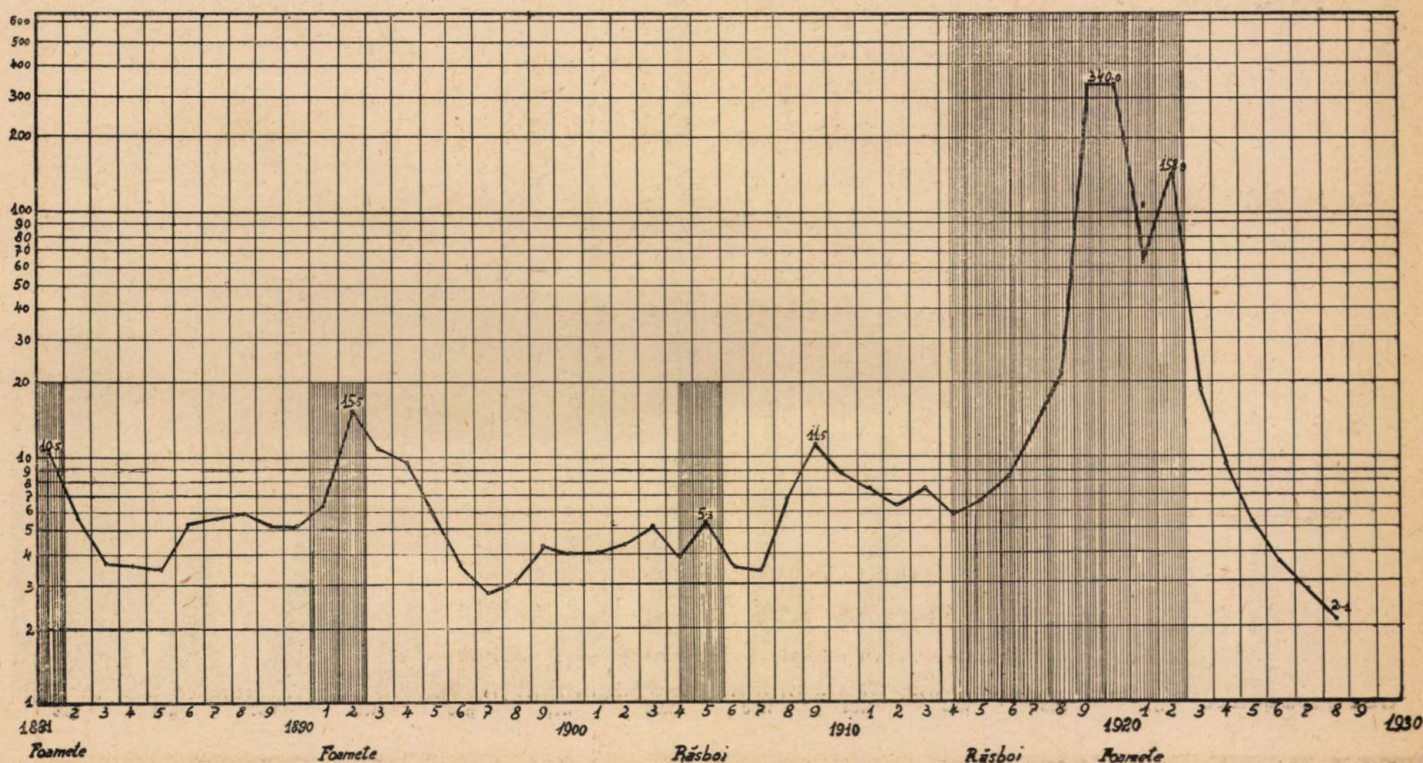
de
P. Râmneanțu și N. Maier

Prea bine ne este cunoscut că în Rusia dinaintea războiului mondial, cât și după acel război în Uniunea Sovietelor, tifusul exantematic a prezentat cea mai urcată morbiditate, față de oricare alt stat. Statistica acestel țări, relativ la exantematic, datează din 1881 și ne relevă 4 valuri de ascensiuni, unul chiar la 1881, al doilea între 1892—93, al treilea la 1909—10 și ultimul cu o frecvență de 30 de ori mai urcată decât primele și cu o durată foarte lungă, dela 1918 până la 1923, datorită războiului, revoluției interne și foametei.

Începând însă cu anul 1924 Sovietele au inaugurat o luptă sistematică în urma căreia morbiditatea

s'a redus treptat. Cu toate acestea în preajma actualului război încă au continuat să măl albă exantematic. Reducerea a fost și mai simțitoare în Ucraina, dar nici aici nu s'a putut obține o eradicare totală a bolii. Rusia europeană în 1935 a înregistrat o morbiditate de 4,7 la 10.000 de loc., iar Ucraina de 2,6. Polonia care încă ne interesează, deoarece regiunea noastră vine în atingere și cu ea, cu toate eforturile depuse, la fel nu a izbutit a obține o stângere totală a tifusului. A redus morbiditatea dela 835,4 la 100.000, din anul 1919 până la 10,0 în anul 1937. Boala a persistat mai ales în Galizia.

Evoluția tifusului exantematic în Rusia. (Proporții la 10.000 loc.)



În România, dela 1921 încoace, focare de virus s'au menținut numai în Basarabia de unde sporadic boala s'a difuzat și în restul țării. Și aici boala a suferit o continuă scădere a frecvenței până în anul 1936, când în urma foametei din această provincie, cauzată de secetă, populația fiind nevoită să facă deplasări mai mari, a suferit o recrudescență de exantematic.

Prin urmare la începutul campaniei din Răsărit, cu toate reducerile mari înregistrate în ultimele două decenii, tifusul încă a prezentat în Transnistria, Basarabia, Galiția și Ucraina, focare active de virus, iar populația nu a fost imună, tocmai în urma scăderii morbidității, decât într-o frecvență redusă. Despre existența focarelor locale și active ne vorbește atât caracterul endemic al bolii, în Basarabia și de sigur și în celelalte provincii relativ la care însă nu avem date, cât și difuziunea bolii prin crearea chiar de epidemii în colectivități cu totul virgine. Endemicitatea în Basarabia e evidențiată și în tabela următoare și grafica anexată, în care ținând seamă de toate cazurile din România, morbiditatea calculată la populația țării, ne demonstrează că între valurile sezoniere, este o plină continuitate, exceptând în lunile August din 1938 și în August și în Septembrie din 1940, când au avut loc mai puține decât 10 îmbolnăviri.

Evoluția tifusului exantematic în România pe sezon, dela 1931—1942 (Proporții la 100.000)

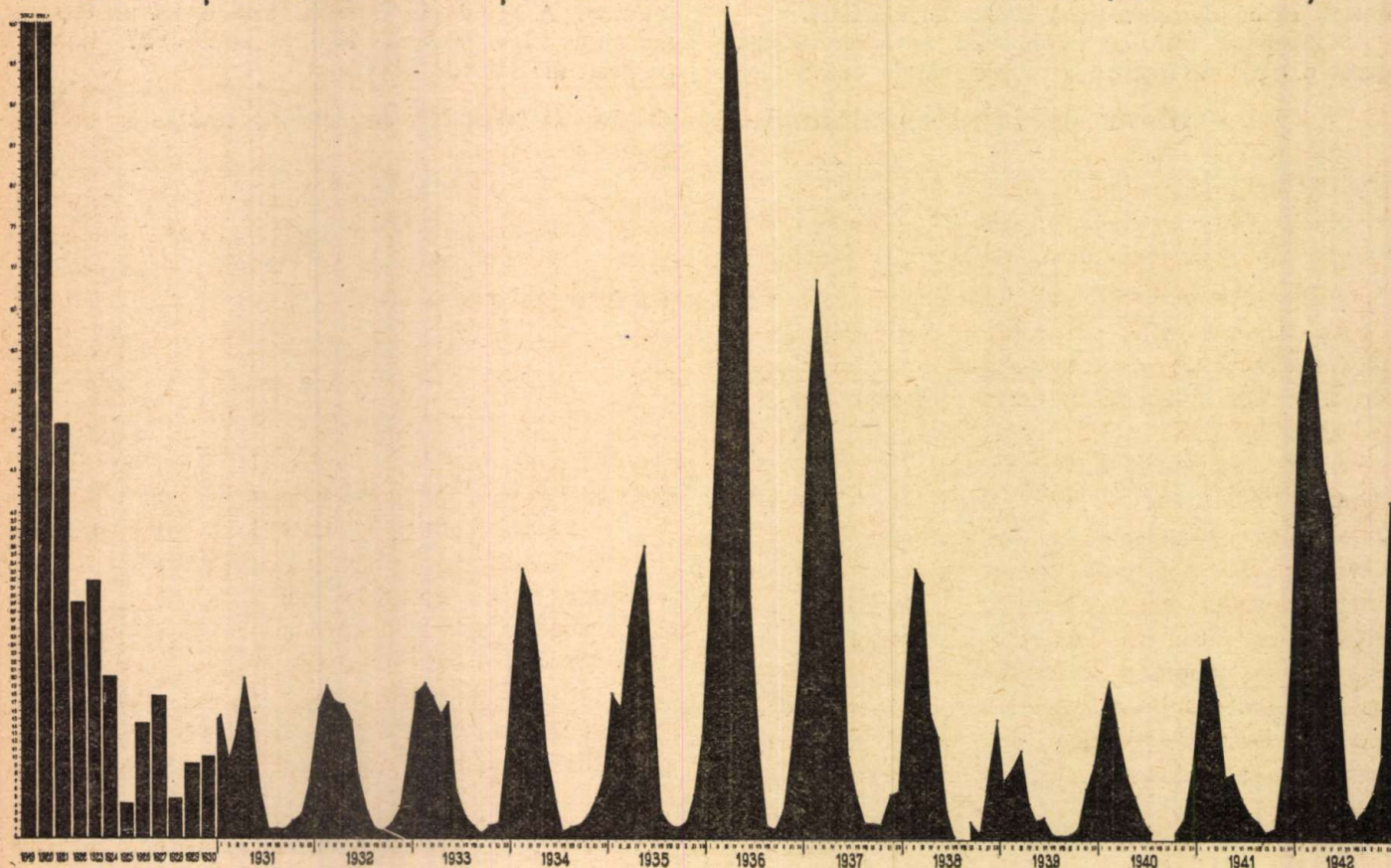
Tabela Nr. 1

Luni	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941	1942
I	15,5	16,4	18,2	24,6	18,2	34,6	56,4	24,6	7,4	16,7	22,4	53,6
II	10,2	19,0	19,4	33,6	16,7	58,5	68,2	34,0	9,3	20,0	22,7	62,3
III	13,5	17,3	17,9	30,4	26,5	101,9	56,8	32,2	11,7	14,5	17,6	58,3
IV	20,1	16,9	15,8	22,6	32,7	96,9	51,0	15,6	4,6	8,3	7,9	44,8
V	13,6	14,5	17,0	10,8	36,2	70,2	35,1	12,9	2,5	5,8	8,2	40,0
VI	5,3	7,0	8,0	4,8	19,0	26,9	10,7	3,7	2,6	2,5	5,1	17,0
VII	1,3	3,3	2,8	1,0	3,5	10,6	5,4	0,6	0,8	1,4	3,3	4,8
VIII	1,3	1,6	1,5	1,5	1,9	1,9	2,0	—	0,6	—	2,4	2,8
IX	1,1	1,0	0,8	1,7	1,6	1,6	2,0	2,1	0,7	—	1,0	3,8
X	2,2	1,9	1,6	2,9	2,2	3,8	1,9	1,0	1,4	1,2	1,5	5,8
XI	3,0	4,4	2,0	5,0	5,7	11,5	5,5	6,4	6,2	2,7	9,0	10,6
XII	7,2	12,4	11,2	7,9	13,0	23,2	6,0	15,4	9,2	8,5	22,8	41,1

Că populația nu a prezentat imunitate decât într-o frecvență redusă e natural dacă ținem seamă că în ultimele două decenii nu au mai avut loc epidemii de proporții mari și de altfel această reducere a imunității ne-a dovedit-o și cazurile observate de noi, care au arătat printre copii o selecție neobișnuit de mare. (Vezi tabela Nr. 2).

Factorii de difuziune a bolii în Transnistria de Nord. În vara anului 1941, în cursul desrobirii Basarabiei, și imediat după trecerea Niștrului, Echipele de

EVOLUȚIA MORBIDITĂȚII DE TIFUS EXANTEMATIC (1919-1942)



contagioase și cele de igienă și profilaxie, cărora li s'a încredințat prevenirea bolilor infecțioase în armata noastră, au constatat doi dintre cel mai importanți factori difuzori ai tifusului: *prezența paraziților de corp* printre populația civilă, refugiată de la casele ei, sărăcită și lipsită de săpun și starea ei de *nomadism*. Apropierea sezonelor de toamnă și de iarnă, când condițiile de viață ale păduchilor sunt optime, iar condițiile de igienă personală ale migraților prezentau aspecte tot mai proaste, au acordat acestor doi factori toată tăria actualizării epidemiei latente. Către sfârșitul toamnei, prin luna Octombrie, acestor două condiții li s'a mai adăugat și *convoaiele masive de Evrei*, plecați din Bucovina. Prost îmbrăcați, supraaglomerați în casele părăsite din dreapta Nistrului, mulți vânzându-și hainele — factor destul de însemnat în propagarea tifusului — în așteptarea în diferite puncte ca să treacă în Transnistria, au contribuit poate chiar mai mult decât populația locală la crearea de teren favorabil instalării epidemiei de tot felul și în special a exantematicului. După ce au trecut Nistrul, la început liber, în urmă deparazițării, au urmat până la centrele urbane mai apropiate căile principale de comunicație, iar de aici, pentru a ajunge la sate și la târgurile destinate lor, pe cele secundare. În tot parcursul acestor drumuri au continuat să-și vândă efectele personale. În colectivitățile în care au poposit timp mai îndelungat, au locuit în familii, la care, mulți dintre ei fiind meseriași au și lucrat la reșezarea gospodăriilor. Prin urmare, în afară de cei izolați în lagăre și colhozuri destinate lor, mulți au mai venit în atingere și cu populația civilă. Am amintit intervenția convoaielor evreiești, deoarece urmând pista lor ne-a fost de mare folos în cursul anchetelor sanitare, pe care le-am făcut.

Importanța anchetelor în combaterea tifusului. Condițiile descrise până aici uneori sunt suficiente pentru a pregăti prevenirea izbucnirii de epidemii. De multe ori însă circumstanțele sub care se deslănțuie epidemiile, mai ales cele de tifus, coleră și febră galbenă sunt mai puțin clasice și de aceea în aceste cazuri se înțelege că se simte nevoia unei investigații intensive locale. De altfel tentativa infructuoasă de a descoperi originea primului caz de boală infecțioasă, frecventă în epidemiologia exantematicului, și prezentă în mintea oricărui epidemiolog, ne-a și fixat de la începutul campaniei principiul, că un efort fie el de orice natură, numai atunci poate da rezultatele scontate, dacă realitatea ne este cunoscută până în amănunt. Intocmirea unui program propriu și adecuat circumstanțelor locale ne-a fost lăsată de altfel și din partea organelor de conducere care ne-au dat numai principiul de ordin general.

În esență anchetele noastre le putem considera că s'au îndreptat în două direcții:

a) *Prima, referitoare la cunoașterea condițiilor de viață și de igienă ale populației sănătoase care însă prezenta în orice moment teren prielnic izbucnirii de epidemii;*

b) *A doua, relativ la depistarea izvorului de infecție și a filiațiunii cazurilor în colectivitățile cu bolnavi.*

Se înțelege că pentru asigurarea unei munci sistematice, atât în această direcție, cât și în ce privește combaterea focarelor de epidemii, ne-am organizat de la început și oriunde o rețea sanitară de anchetatori și informatori, posturi fixe și echipe mobile de deparazitare și am pus în funcțiune, la orice mutare, fără întârziere laboratorul care ne-a fost încredințat. Pe lângă personalul echipelor am angajat și personal sanitar rămas pe loc de la Comuniști, care trebuie să remarcăm, a fost conștient în execuția ordinelor primite.

Anchetele din prima categorie le-am făcut în cursul verii și toamnei anului 1941. Pe baza lor am ajuns să cunoaștem toate satele și comunele prin care au trecut convoaiele de Evrei, în care au fost sau încă au mai existat ghetourile evreiești și să depistăm satele, azilele, închisorile, ba și familiile parazitare. Se înțelege că, paralel cu aceste investigații, anchetatorii au luat măsuri severe de igienă, au inființat băi și au dat indicații relativ la munca de urmat a echipelor de deparazitare. Acestea au secundat în permanență echipele de anchete, prin deparazițări cu cuptorul tip Vasilescu, cu etuva spomobilă tip Wolf, la care populația civilă sau trupele în marș, în timpul etuvării efectelor, au făcut și baie duș și am pus în funcțiune cupatoare de deparazitare de tipul celor din Basarabia și pe cele rămase de la Ruși.

Prin urmare, prin ansamblul acestor activități, ne-am făcut cunoscut terenul și am despăduchiat sistematic, în unele localități chiar periodic, populația expusă mai mult contaminării.

Anchetarea continuă a populației și vigilența severă pe care am aplicat-o ne-a asigurat și o descoperire precoce a cazurilor de exantematic.

Astfel am izbutit să facem ușor filiațiunea cazurilor și să aplicăm la timp măsurile de combatere. Anchetele de această natură nu au fost deci anevoioase și mai ales întotdeauna s'au soldat cu succes. E de remarcat că primele cazuri în cele mai multe colectivități s'au ivit la imigranți, cu toate că ei au venit din localități nebătute de tifus. Se înțelege ușor de ce. Printre ei frecvența celor lipsiți de imunitate a fost foarte urcată, iar condițiile de viață au fost mai rele decât ale populației băștinașe. Cazurile printre trupa noastră au fost extrem de rare.

Diagnosticul clinic de tifus exantematic a fost confirmat sau infirmat aproape întotdeauna de laborator.

Astfel datele pe care le prezentăm prezintă și girul laboratorului.

Caracterele fundamentale ale epidemiilor de tifus exantematic în Transnistria de Nord, în iarna 1941—1942. Lupta contra tifusului exantematic la care am participat noi, fiind dusă conform celor schițate, întâi în Basarabia, apoi în dosul operațiunilor, iar dela începutul lunii Noiembrie 1941 până la 15 Martie 1942 în cadrele serviciilor sanitare organizate de Echipele de profilaxie, pe județe și cu rețele sanitare până la comune, în județele Juguștru, Tulcin și Soroca din Basarabia — pentru care încă avem date statistice — a înregistrat 1626 de cazuri și 58 de decese. Populația acestor județe, cu excepția celei din Soroca, nu este precis cunoscută. Laolaltă toate trel să fi avut aproximativ 1.100.000 de locuitori. Morbiditatea a fost deci de 165 la 100.000, adică de trel ori mai urcată decât cea din România dela anul 1936. Fatalitatea la rândul ei a fost scăzută, de 3,6‰. (Din decese mai bine de jumătate erau Evrei).

Pe județe epidemia a avut următoarele particularități.

În județul Juguștru, din cele 437 de cazuri înregistrate primele s'au declarat între 23 Oct. și 19 Noiembrie. Evoluția epidemiei a fost lentă, zilnic aproape cu aceeași frecvență.

Ziua mediană a avut-o la 8 Ianuarie 1942, iar la 15 Februarie practic epidemia a fost stinsă. Pe sex, au fost mai multe cazuri de femei decât bărbați. Etatea mediană a bolnavilor bărbați a fost la 18 ani și 2 luni, iar a femeilor la 18 ani și 5 luni. Față de epidemiile din Moscova, din anii 1896—1900 și din 1924—28, unde încă s'a ținut seamă de etatea cazurilor, constatăm că în județul Juguștru au fost selecționați copiii și adolescenții cu o frecvență mult mai urcată.

În județul Tulcin, al cărui serviciu sanitar a depistat 997 de cazuri, epidemia a început propriu zis la sfârșitul lui Octombrie, deși cazuri sporadice erau și în lunile precedente și s'a închis în prima jumătate a lunii Martie, iar ziua mediană a avut-o la 23 XII. 1941. Și aici au fost înregistrate mai multe femei decât bărbați. În raport cu etatea, bărbații au avut medianul la 19 ani, iar femeile la 18. Ca și la Juguștru frecvența copiilor și a adolescenților îmbolnăviți a fost mai urcată decât o cunoaștem din datele de comparație pe care le reproducem în tabela de mai jos.

Frecvența tifusului exantematic pe etate în Transnistria de Nord și Moscva. (Procente din total).

Tabela Nr. 2.

Eteata	Populația din România la 1930	Cazurile de tifus exantematic				
		Soroca	Juguștru	Tulcin	Moscva	
					1896-900	1924-28
0—1					0,1	0,0
1—4	14,43	0,52	3,20	4,0	0,1	0,7
5—9	12,00	5,20	9,61	8,3	1,2	1,8
10—14	7,87	17,71	18,31	20,0	6,3	5,8
15—19	11,65	23,44	26,32	24,3	20,6	13,1
20—24	8,75	10,42	10,30	8,5	38,2	34,5
25—29	9,11	8,34	8,01	7,3		
30—34	6,05	10,42	5,49	5,7	19,8	24,2
35—39	6,54	6,25	5,72	5,9		
40—44	5,01	5,20	3,89	5,6	8,9	12,3
45—49	5,09	6,77	3,20	3,9		
50—54	3,22	3,13	2,06	2,2	3,8	6,1
55—59	3,23	2,08	1,83	1,1		
60 și peste	7,05	0,52	2,06	1,3	1,0	1,5

În județul Soroca, care dela data de 27 Iulie 1941 până la 15 Ianuarie 1942 a avut 192 de cazuri, toate confirmate și de laborator, rezultatele sunt următoarele. Pe sex distribuția a fost egală cu cea dela județele precedente. Pe etate, însă, aici bărbații au avut ziua mediană la 21 ani și 6 luni, iar femeile la 18 ani. Epidemia a remarcat deci o deplasare a frecvenței spre etățile obișnuite, totuși însă și aci etățile tănăre au fost mai mult selecționate.

Privind evoluția morbidității, în toate aceste trel județe, paralel în timp și în spațiu, e interesant de remarcat că ziua mediană a epidemiei din diferitele raioane și chiar din colectivitățile mai mari a evoluat calendaristic paralel cu mersul convoalelor. Am găsit-o chiar în Decembrie în raioanele unde au trecut sau au fost așezați Evreii la începutul sosirii lor în aceste județe și am obținut-o la date mai tardive, unde aceștia au trecut mai târziu sau au fost reasezați din localitățile unde erau adăpostiți prima dată. Calculul medianelor ne dă deci posibilitatea nu numai să recunoaștem direcția geografică și viteza de propagare a unei epidemii, cum e clasic de exemplu în poliomieliță, dar să putem preciza și factorul declanșator de epidemie. În cazul de față nu este exclus, ca focarele active de tifus exantematic, să fi produs un număr de cazuri egal cu cel din anii precedenți, deci fără să fi avut loc epidemia care s'a produs, dacă nu ar fi intervenit o populație încărcată cu toți factorii ajutanți în provocarea de epidemii de tifus.

În ce privește faptul că noi am găsit mai multe cazuri de femei bolnave decât bărbați, credem că nu poate fi reținut, deoarece chiar printre populațiile au fost mai multe femei decât bărbați. Aceștia din cauza incorporării și chiar a refugului cu siguranță nu au mai format, ca de obicei, jumătate din populația totală. Prin urmare diferența obținută nu poate constitui un argument că femeile ar fi mai susceptibile față de exantematic decât bărbații, cum de altfel asemenea diferențe nici nu au fost evidențiate până de prezent.

Frecvența cazurilor de copii și adolescenți, pe care am obținut-o mai urcată decât cea găsită de alți autori, ne învederează că în regiune tifusul cu toate că nu a produs în ultimii ani epidemii, totuși printre populația adultă se găsesc mulți cu stare de imunitate. Faptul acesta relevă existența virusului și importanța pe care trebuie să o acordăm cazurilor de tifus inaparent.

Fatalitatea bolii, după cum am văzut din cifra amintită, a fost redusă. Epidemia a fost deci cât se poate de benignă. Aceeași benignitate s'a înregistrat și în județele vecine, în Movilău și în Balta, care, însă, au avut o morbiditate mult mai urcată. Fatalitatea redusă relesă mai evident dacă comparăm proporția de 3,6 la 100 obținută de noi cu cea găsită în alte câteva țări sau chiar orașe rusești.

ANEMOCIT

Injectii à 2 cmc.

Extract de ficat injectabil, bine desalbuminat și dehidratat

Cuții cu 5 fiole à 2 cmc.

Anemii pernicioase, gravidice, convalescență.

ANEMOCIT FORTE

in fiole à 5 cmc.

Extract de ficat injectabil, bine desalbuminat și dehidratat

Cuții cu 5 fiole à 2 cmc.

Anemii pernicioase, gravidice, convalescență.

ANEMOCIT DRAGELE

Flacon à 30 bucăți

Formula:

Principiu antianemic din ficat	0,03	gr.
Protoxalat de fier	0,05	"
Complex vitaminic B din drojdie	0,10	"
Extract de mucoasă stomachică	0,10	"
Excipient aromatizant	0,25	"
pe bucată.		

Anemii pernicioase, gravidice, convalescență.

CEREBROTONIN

Tonic reconstituant pe bază de glicerofosfați, extract de ficat și vitamina B.

Forma A cu arsen

Formula:

Glicerofosfați/Ca, Fe, Na și strichnină	3%
Vitamina B. extract concentrat	2%
Extract de ficat concentrat	1%
Gluconat de calciu	1%
Clorură de magneziu	0,5%
Formulat de sodiu	0,2%
Extract de cola	1%
Metilarseniat de sodiu	0,05%
Clorură de mangan	0,02%
Excipient aromatizant q. s. ad. 100 cmc.	

Forma B fără arsen

Formula:

Glicerofosfați/Ca, Fe, Na și strichnină	3%
Vitamina B extract concentrat	2%
Extract de ficat concentrat	1%
Gluconat de calciu	1%
Clorură de magneziu	0,5%
Formulat de sodiu	0,2%
Extract de cola	1%
Clorură de mangan	0,02%
Excipient aromatizant q. s. ad. 100 cmc.	

Stări de slăbiciune nervoasă, anemie, depresiune, neurastenii, surmenaj, convalescență.

Mostre și literatură:

„NEOFARM“ Laborator Chimico-Farmaceutic

București V, Calea Vitanului 11 — Telefon 5.73.46.



Experiențe de digestie cu Luizym

Siânga: 10 gr. cuburi de castraveți agitați timp de 1 oră cu 20 cmc. soluție de diastază; reziduu: 6 gr.

Dreapta: 10 gr. cuburi de castraveți agitați timp de 1 oră cu 20 cmc. soluție de Luizym; reziduu: 2,6 gr.

tările terapeutice și efectul digestiv auxiliar al fermenților
ari despică celuloza în fenomenele dispeptice fermentative,
u fost perfect caracterizate prin cele expuse mai jos:

Celulazele și hemicelulazele sunt într'un anumit sens considerate ca îndrumătoare, pioniere pentru fermenții digestivi, cărora le ușurează intrarea în interiorul celulelor vegetale prin dilatarea orificiului natural de pătrundere. Ele susțin digestia alimentelor, permit o cât mai completă folosire a lor și împiedică, ca conținutul nedigerat al celulei să cauzeze disbacterioză în secțiunile inferioare ale intestinului și să formeze astfel cauza principală a putrefacției intestinale și a meteorizmului.

Gavrila, „WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT“
1942, Nr. 50.

LUIZYM

PREPARATUL DE FERMENȚI VEGETALI CU CELULAZĂ

ȘI HEMICELULAZĂ ALături DE AMILAZE, PROTEAZE etc.

la insuficiențe digestive față de alimente vegetale
precum și la dispepsii fermentative și a stărilor lor consecutive.

Tablete — Dragee

Literatură vă stă cu plăcere la dispoziție.

LUITPOLD-WERK, MÜNCHEN

Depozit permanent al preparatelor Luitpold-Werk în România:

„DROGUERIA STANDARD“ S. A. R.

București I — Str. Sf. Ionică Nr. 8

Fatalitatea de tifus exantematic (Procente la 100 de cazuri)

Tabela Nr. 3

Statul Colecti- vitatea	Anii	Fatali- tatea	Statul Colecti- vitatea	Anii	Fatali- tatea
Bulgaria	1919— 1928	12,8	Soroca (județ)	VII. 1941— 15 I. 1942	9,2
Chili	1919— 1927	22,8	Leningrad	1923— 1928	12,0
Egipt	1903— 1928	29,0	Moscva	1923— 1928	9,0
Germania	1919— 1928	14,4	Balta (județ)	1. XI. 1941 15 III. 1942	14,1
Polonia	1916— 1928	9,5	Jugastru (județ)	23 X. 1941 15 II. 1942	4,1
România	1919— 1928	13,3	Tulcin (județ)	X 1941— 15 III. 1942	3,6
România	1931— 1942	14,9	Jugoslavia	1920— 1918	12,0

Pe etate fatalitatea am studiat-o în județul Tulcin.
De acord cu datele următoare :

Etatea în ani	Nr. cazurilor	Nr. deceselor	Fatalitatea
0—19	563	5	0,9
20—34	215	7	3,2
35—44	115	11	9,6
45 și peste	104	13	12,5
Total	997	36	3,6

constatăm, că paralel cu urcarea etății riscul de a de-
ceda crește. Până la etatea de 20 de ani fatalitatea e
numai de 9 la 1000, pe când dela 45 de ani în sus e de

12,5 la 100. Acest paralelism l-a observat și V. A. Bapă-
chin și I. A. Dobreișteu în studiul lor publicat în 1932.¹⁾

Concluzii.

1. În județele din Transnistria de Nord sunt fo-
care active și permanente de tifus exantematic.

2. Epidemia de tifus exantematic din județele Ju-
gastru, Tulcin și Soroca în iarna 1941—42 a fost pro-
vocată de convoaiele evreiești. Ea a urmat colectivită-
țile unde au poposit sau au fost așezați Evreii.

3. Epidemia a fost de tip mijlociu ca morbidi-
tate și benignă ca fatalitate.

4. Etățile mici au fost selecționate mai mult decât
în alte epidemii de tifus, iar fatalitatea a urcat pro-
gresiv cu etatea, deci ca în toate epidemiile.

5. Anchetarea populației sănătoase, care însă din
punct de vedere social și igienic prezintă stări infe-
rioare, ne-a ajutat, atât la depistarea primelor cazuri,
cât și la luarea fără zăbavă de măsuri adecuate.

6. Morbiditatea relativ redusă pe care am înre-
gistrat-o, în populația venită din alte regiuni, printre
cea migrantă și băștinașă și apoi proporțiile infime de
îmbolnăvire a trupei, credem că o putem atribui vigi-
lenței acordată colectivităților care prezentau continuu
toate condițiile prielnice izbucnirii tifusului exantematici.

INSTITUTUL DE IGIENĂ ȘI BIOPOLITICĂ CLUJ—SIBIU.

Director: Prof. Dr. I. Moldovan

¹⁾ Bapăchin, V. A. și Dobreișteu: Tifusul exantematic.
Moscova 1932.

Combaterea pe teren a tifusului exantematic

de

Dr. Oprean Octavian

medic primar județean.

În stadiul actual cunoștințele noastre asupra tifusului exantematic stabilesc măsuri de combatere precise. În spitale, Clinici și în colectivități organizate, măsurile de combatere se pot aplica sistematic, dar în sânul populației și în mediu rural măsurile sunt greu de aplicat și mai ales sunt greu de realizat în mod amănunțit.

Tifusul exantematic este boala mizeriei, a promiscuității și ca atare amblanța în care se lău măsurile de combatere este pauperă și întunecată.

Deparazitarea se poate face în condițiuni perfecte la stațiile de deparazitare, unde îmbălarea se face la dușuri, halnele se trec prin etuva cu vapor și personalul auxiliar este bine instruit; dar aceeași deparazitare este necesară și în comunele îndepărtate, unde baia se poate face numai în clubă, halnele se deparazitează în cazanul cu apă fiartă sau în cuptoarele procurate sau improvizate. În regiunile unde tifusul exantematic este

endemic sau apare la intervale dese, instituțiile sanitare de pe teren, dispensarele și băile populare, se adaptează acestel întrebunțări, dar în regiunile indemne, cum este regiunea noastră, apariția boalei este accidentală și atunci trebuie să ne creștem la repezeală mijloacele potrivite.

Pentru combaterea epidemii declarate în mediul rural am urmărit următoarele obiective principale:

1. Descoperirea cazurilor și verificarea diagnosticului.
2. Stabilirea provenienței și filiației cazurilor.
3. Scoaterea bolnavilor din mijlocul colectivității.
4. Deparazitarea generală privind îmbrăcămintea, locuința și persoanele din întreaga colectivitate.
5. Izolarea colectivității contaminate.
6. Aplicarea măsurilor de profilaxie specifică.

*

1. Descoperirea cazurilor se face ușor când bolnavii ajung în spitale și de acolo se comunică organelor

sanitare. În mod obișnuit descoperirea primelor îmbolnăviri se face anevolos, medicii de circumscripție nu pot face o afirmație categorică pe baza simptomelor clinice, iar până la primirea rezultatului pozitiv, de la laborator, se pierde un timp foarte prețios. De alte ori se afirmă cu ușurință existența tifosului exantematic de medicul ocazional, sau chiar de organe necompetente, pe urma cărora medicii de circumscripție sunt puși pe drumuri, fac investigații, pentru ca la urmă să se dovedească presupunerea neîntemeiată. Destul de frecventă este cealaltă situație, când cazurile sunt tratate timp îndelungat pentru alte boli și la urmă se dovedesc a fi fost tifos exantematic. Trebuie să recunoaștem că epidemiile întinse s-au dezvoltat tocmai în aceste împrejurări, când s-au produs erori și vigilența n'a fost suficientă.

În mediul epidemic orice febril este considerat ca suspect și i se aplică măsurile cuvenite ca și pentru bolnavi. În acest scop personalul sanitar execută un control zilnic, ca să descopere orice persoană la primul semn de temperatură.

În cartierele țigănești, dată fiind marea promiscuitate, bordelele apropiate și câte două-trei familii cu copii numeroși adăpostite împreună, apoi dese concubinaje, produc confuzie foarte mare în identificarea persoanelor, așa, încât este ușor dată posibilitatea scăpării de sub controlul zilnic.

Pentru remediere am aplicat un procedeu empiric, pe fiecare ușa de bordelu s'a aplicat un tablou cu numele și etatea fiecărei persoane, care în mod obișnuit doarme acolo, iar agentul sanitar, la control, făcea apelul după tabloul respectiv. Tot pe acest tablou s'a notat data deparazitării persoanelor și a locuinței. Numai astfel am putut realiza descoperirea cazurilor în prima zi de boală și am putut impledeca sustragerea de sub control.

Cazurile bănuite sau descoperite pe orice cale, se confirmă prin reacția Weill-Felix, pe care noi o executăm fie la Institutul de Igienă, fie la Laboratorul regional al Ministerului Sănătății. Pentru expedierea probelor de sânge, serviciul nostru dispune de eprubete în ambalaj de lemn puse la dispoziția medicilor de circumscripție.

2. Proveniența cazurilor a putut fi descoperită cu destulă ușurință prin interogatoriul și informații locale. În epidemiile actuale noi am constatat două surse principale. Una o constituie țiganii nomazi evacuați în Transnistria în anul 1942, dintre care o parte s-au înolat în luna Ianuarie 1943. A doua sursă o constituie soldații înolați de la unități militare de la Est de Nistru. La aceștia, calcularea retrospectivă a momentului de contaminare a fost, aproape la toți, timpul de transit prin Transnistria și Basarabia.

3. Izolarea bolnavilor se face, pentru toate cazurile, la Spitalul de Stat cel mai apropiat. Acest lucru îl prevede Regulamentul pentru profilaxia și combaterea bolilor contagioase, precum și ordinele categorice ale Ministerului Sănătății.

La începutul boalei, până fenomenele nu sunt prea grave, majoritatea bolnavilor nu se lasă convinși, se învolesc foarte greu de a fi scoși din mediul familiar, sau se opun măsurilor indicate, și atunci medicii sanitari trebuie să facă uz de autoritatea lor, de puterea de convingere și la urmă determină acțiunea organelor polițienști, pentru aplicarea mijloacelor de constrângere.

Greutatea transportului este în raport cu depărtarea de spital și este sporită prin contraindicația folosirii mijloacelor publice de transport (trenuri, autobuse), mai ales că în epidemii mari sunt necesare transporturi de persoane multe și în repetate rânduri. În cazuri mai norocoase familia s'a îngrijit de transportul bolnavului prin mijloacele proprii, alte ori a intervenit Primăria comunală prin căruțe de prestație sau plătind costul transportului, însă în toate cazurile medicul trebuie să depună o stăruință oboșitoare.

Chiar după expedierea bolnavului, de multe ori izolarea nu a fost realizată. Unii bolnavi, ajunși în oraș, au evitat a intra în spitale, refugindu-se la rudele sau înolindu-se acasă, invocând diferite motive, că n'au fost reținuți în spital, că au fost sfătuiți să meargă înapoi nefiind în deajuns de bolnavi, și alte asemenea motive de sigur intenționat inventate.

De aceea am considerat necesar să controlăm și prezența bolnavilor în spital.

4. Acțiunea de deparazitare este cea mai importantă măsură de combatere, însă este și cea mai greu de realizat.

Populația nici la noi nu este îndeajuns de ostilă păduchilor și tot se mai găsesc persoane care să considere ca ceva natural să aibă îcolo câte un parazit. Deseori la populația țigănească a trebuit să recurgem și la mijloace de convingere mai drastice, punând în valoare energia agenților sanitari și a jandarmilor ca să înțeleagă necesitatea de a nu mai avea păduchi.

Pentru îndeplinirea deparazitărilor am valorificat mijloacele locale și proprii, cuptoare de deparazitare, cazane pentru fierț, mașini de tuns, pleptene și materiale paraziticide, petrol, sulf, etc. Etuve cu vaporii am putut întrebuința numai la deparazitările din imediata apropiere a orașului Sibiu, în celelalte comune am întrebuințat cuptoarele de deparazitare mobile transportate la fața locului. În unele locuri ne-am lovit de greutatea procurării lemnului de foc în cantitate suficientă și am fost nevoiți a ne folosi de disponibilul Primăriilor comunale și chiar al particularilor.

Condițiunile atmosferice ne-au impledecat de multe ori de a putea realiza o deparazitare bună. Vântul, apoi

frigul nu ne-a permis realizarea unei temperaturi corespunzătoare în interiorul cuptorului, iar ploaia impledecă, în mare măsură, lucrările. În plus se cere necondiționat o îndemânare și o atenție deosebită a personalului de manevră.

Cu toată grija depusă ni s'a întâmplat și arderea parțială a efectelor supuse la deparazitare.

O oarecare greutate se întâlnește la amănuntele deparazitării efectelor, de ex. în alegerea efectelor care să intre la etuvă și cele care să rămână, cum sunt: hainele de sărbătoare, cărpele de mătase și alte obiecte care se folosesc ocazional și la care populația ține foarte mult. Hainele și lucrurile de mătase fină, folosite numai ocazional, au rămas trecute numai prin călcare cu fierul. Efectele de corp și de pat s'au trecut prin fierbere la cazan timp de 30 minute, efectele de proveniență animală, căciulă, cojoace, au fost stropite cu petrol, ținute 24 ore închise ermetic, apoi expuse în camera unde s'a executat sulfurizarea. Tot restul efectelor s'a trecut prin cuptorul de deparazitare.

La deparazitarea persoanelor s'a procedat luându-se flecare familie în parte. Bărbații și copiii s'au tuns, s'au desbrăcat complet, s'au făcut spălări mai mult sau mai puțin complete cu apă caldă și săpun, după posibilitate și s'au uns cu un amestec de petrol și ulei vegetal. Femeile au fost petrolizate pe tot corpul, pe părul capului s'au tratat cu un amestec de oțet și petrol și s'au pleptenat cu pleptene des.

În comunele cu baie populară deparazitarea persoanelor a fost considerabil ușurată și executată în condițiuni cu mult superioare.

La aceste manopere am întâlnit lipsa hainelor de corp și numeroase persoane au așteptat timp îndelungat, desbrăcate, până la uscarea efectelor supuse deparazitării. A trebuit să impledecăm numeroase evazluni; de ex. persoane singuratice în preajma deparazitării au fugit la rudeni din alte comune, iar alții au ascuns în timpul nopții o parte din efecte în locuințele trecute prin deparazitare, pentru a le sustrage de la etuvare.

Locuințele au putut fi supuse curățenței radicale prin spălarea mobilierului cu leșe, petrolizare și la urmă s'a procedat la sulfurizare.

După prima deparazitare foarte rar am reușit să îndepărtăm complet prezența paraziților. Pentru obținerea deparazitării complete a fost nevoie să repetăm aceleași măsuri de 3—4 ori, la intervale de o săptămână.

În acțiunea de deparazitare am întrebunțat cu mult succes premilitarii din colectivitatea respectivă și bărbați mai destoinici care au executat munca brută, ca tălătură lemnelor, adusul apei, transportul efectelor și alte manopere de ajutor.

Materialele de desinfecție au putut fi procurate și suportate o parte de particulari, altă parte de organele locale și lipsurile s'au completat din Fondul sanitar județean.

5. Izolarea colectivității infectate. Până în prezent am avut de combătut epidemia înțînse numai în colectivități locuite de țigani și aceștia fiind așezați la marginea comunelor, izolarea lor de restul populației a putut fi realizată prin posturi sau cordoane de jandarmi. Este cu deosebire grea menținerea izolării pe timp mai îndelungat, deoarece, majoritatea lor fiind muncitorii zilieri, intervine epulzarea resurselor individuale de procurarea alimentelor. În asemenea cazuri s'a întrebunțat metoda de colectarea alimentelor din localitate și completarea lor din disponibilul comunelor destinat aprovizionării generale.

6. În stadiul actual profilaxia specifică s'a putut aplica numai personalului sanitar de acțiune prin vaccinări cu vaccinul preparat de Institutul „Cantacuzino”. Nu am avut posibilitatea de a face vaccinări preventive în masă din lipsă de vaccin. Am putut însă urmări epidemia în colectivitate prin executarea Reacției Weill-Felix la toată populația și am putut descoperi persoanele care au trecut prin boală, sub forme ușoare sau inaparente, datorită ajutorului ce l-am avut de la Institutul de Igienă și Sănătate Publică din Sibiu, pentru care aduc mulțumiri deosebite.

Suntem siguri că și alte greutăți pot interveni în această problemă, dar depinde foarte mult de ingeniozitatea celor puși să acționeze de a-și canaliza în direcție favorabilă mijloacele locale și a le exploata cât mai complet în scopul urmărit.

Contribuțiuni la combaterea tifusului exantematic

de

Dr. Paul Sirbu

Medic primar al jud.
Cluj-Turda

și

Dr. N. Gherman

Medicul circ. Tureni

Data fiind starea de război prin care trecem și deci condițiile proprii pentru dezvoltarea epidemiilor și în special a exantematicului, credem util și ca o datorie

a noastră să arătăm în mod succint, condițiile în care a apărut în luna Decembrie 1941, epidemia de Tifus exantematic în comuna Seculeu, plasa Călățele, județul

Cluj-Turda, măsurile de combatere ce am luat, precum și rezultatele obținute.

Istoricul. Pe la data de 10 Ianuarie 1942, se îmbolnăvește soldatul Titl Gheorghe dela Plutonul de grăniceri de Seculeu, care prezintă o stare febrilă, considerată la început ca o simplă gripă și tratată de atare. Starea soldatului se agravează însă din zi în zi, iar boala i-a un caracter tifoid tot mai net. În această stare gravă soldatul este internat în dispensarul din Călățele unde medicul de circ. Dr. Liviu Bogdan, i se pare suspect de Tifus exantematic, mai ales, că în comunele vecine din teritoriul cedat, bântuia o adevărată epidemie de tifus exantematic.

În același timp și chiar de mai înainte vreme, în cartierul țiganilor din comuna Seculeu se petrec anumite lucruri neobișnuite și anume, aproape toți țiganii erau bolnavi, fie ambulanti fie la pat, iar unii dintre ei au și murit. Țiganii cu mintea lor pornită mereu spre combinații speculative, exploatau această împrejurare apelând la spiritul de caritate publică, pe motivul că s'au îmbolnăvit cu toții și că mor din cauza foamei. Populația bună la suflet și destul de credulă, cu ușurință acceptă această afirmațiune, în dosul căreia țiganii continuau să cerșească, să zacă și să moară nestîngheriți de nimeni.

Întreagă această situațiune la un alt aspect, odată cu sosirea sero-reacției de aglutinare Well-Felix, care confirmă cazul de tifus exantematic al soldatului Titl Gheorghe și care are valoarea unui adevărat strigăt de alarmă, a cărui primă consecință a fost punerea în mișcare a întregel aparatului sanitar a județului.

Astfel au fost concentrați în comuna Seculeu în total patru medici (doi civili și doi militari), patru agenți sanitari, cari împreună cu patru delegați ai primăriei s'au constituit în patru echipe, cari aveau să activeze în cele patru sectoare în cari, în mod virtual a fost împărțită comuna. Echipele aveau asupra lor câte o pereche foarfece, petrol amestecat cu ulei și săpun. Totodată li s'a pus la dispoziție una etuvă și un cuptor portativ. Cu conducerea lucrărilor pe teren a fost încredințat D-l Dr. Bogdan Liviu, medic al circ. sanitară din Călățele și D-l Dr. Gherman Nicolae, detașat dela circ. Tureni, cari sau achitat spre mulțumirea noastră și cu deplină competență de toate îndatoririle impuse în legătură cu combaterea acestei epidemii. Domnului Dr. Bogdan, i s'au pus la dispoziție din partea Serviciului sanitar al județului 220 kg petrol, 110 kg ulei, 20 kg săpun și pentru preîntâmpinarea cheltuielilor un avans de 10.000 Lei. Din această sumă sau cumpărat alimente, în special lapte pentru bolnavi.

D-l Prefect al județului a aprobat în mod gratuit 450 kg făină de porumb pentru familiile bolnavilor cari au fost izolate și ținute în carantină.

Scopul urmărit de echipele înființate era următorul: 1. Depistarea bolnavilor și a suspectilor cu recoltarea de sânge pentru analiză. 2. Stabilirea intensității pediculozelor și deparazitarea concomitentă. 3. Educația populației asupra pericolului ce-l amenință și a măsurilor de profilaxie și în fine 4. Punerea sub carantină a familiilor suspecte și izolarea celor bolnavi. Întreaga comună a fost pusă sub cordon sanitar, asigurat de grănicerii și jandarmii locali.

Filiațiunea și evoluția epidemiei. Seculeul este o comună de munte situată aproximativ la 3 km de frontieră. Ea numără 853 de suflete, dintre cari 23 țigani. Comuna este alcătuită din 153 gospodării, comasate de-a-lungul văii „Săculeu”, care este flancată de înălțimi până la 840 m. Colonia de țigani este formată din patru familii, dintre cari trei își au bordelle cantonate pe malul văii „Săculeu” între comună și frontieră (2 km de comună și 1 km de frontieră), iar a patra este cazată într-o locuință din interiorul comunei și anume în cartierul de mlază-noapte (familia Arămar Ion zis Păsărolu). Primele trei familii sunt băștinașe, iar familia „Păsărolu” este originară din comuna Vânători de lângă Clucea și s'a pripășit prin partea locului în toamna anului 1941.

După cum am arătat mai sus, comuna Seculeu se află situată pe frontieră în apropierea comunei Huedin și Bedeclu din teritoriul vremelnice cedat Ungariei. Comuna Huedin și Bedeclu, sunt contaminate de tifus exantematic încă din toamna anului 1941, continuând să fie surse permanente de infecții. În comuna Huedin sau infectat de tifos exantematic și doi medici dintre cari unul a sucombat, împrejurare din care ne putem da seama de intensitatea epidemiei, și nu mai încapem nicio îndoielă asupra surselor. Cum întreagă această regiune este muntoasă, iar paza pe frontieră fiind destul de laxă, trecerile clandestine se țin lanț; ori de această împrejurare se folosesc țiganii, cari comit în teritoriul cedat anumite furturi, pe cari apoi se grăbesc să le treacă dincoace de frontieră. În valea „Săculeului”, un loc potrivit pentru plasarea provizorie a prăzilor sunt tocmai aceste bordeie ale consăngenilor lor. Lucrurile se întâmplă însă și invers, adică țiganii noștri trec noaptea frontiera, comit jafuri și apoi revin la bordelle lor.

În acestea împrejurări era fatal ca odată cu prăzile lor, țiganii să ridice și păduchi infecțioși și astfel să apară primul caz de tifus exantematic la Roștaș Ioan de 48 ani în ziua de 8 Decembrie 1941.

Boala odată importată din Ungaria de către țiganul Roștaș Ioan, acesta vehiculează paraziții infecțioși în familia lui, a cărei membri devin vectorii infecției în întreaga colonie de țigani de pe valea Săculeului. Între membrii acestor familii s'au îmbolnăvit și tinerii Tuțu și Preda, ambii în vârstă de 16 ani. Acești doi prieteni nutreau anumite sentimente de dragoste față de Banclu



ANTISCORBIN

(Vitamina „C“)

Injectii — Tablete

MEDICAȚIA VITAMINEI „C“

A R S O T A L

Dragée

ANEMIE ȘI DEBILITATE
GENERALĂ

CALCIUM HYGEA

(Calcium gluconat 10%)

Injectii 5 cmc. — 10 cmc.

MEDICAȚIE CALCICĂ
(Decalcifieri—Hemoragii—Pneumonie
Tbc)

PULMOROBIN

Sirop

BOLI PULMONARE
(Tuberculoză—Bronșite—Cathar)

S U L F A Z O L

Tablete

Chlorhydrat de sulfamido
chrisoidină și p-aminobenzen-
sulfamidă (2:1)

SEPTICEMII
(Preventiv în infecțiunile puerperale,
boli infecțioase)

TONICUM HYGEA

Sirop

MEDICAȚIUNE
RECONSTITUANTĂ
(Anemie—Astenie—Reconvalescență
—Fortifiant celular)

FABRICA HYGEA-CLUJ S. A. R. BUCUREȘTI
SPLAIUL URIRII 127 **TELEFON 4-22-44**

Produse „Ufarom“ fost Egger Cluj-București

**Noua terapie specifică a tuturor
infecțiunilor strepto-stafilococice cu**

Septamid Sulfamidă albă.

tabl. în tub de 10 à 0.30
" " " " 20 à 0.30
" " borcane " 100 à 0.30

Medicațiune chimico-terapică din grupul P. Aminophenylsulfonamid lipsit total de fenomene toxice, chiar după administrare mai îndelungată.

Beneurin, vitamina B₁

mitte injecții 3 fiole de 1 cc à 5 mgr
forte " 3 " " 1 cc à 25 mgr

cristalizată, chimic pură. $C_{12}H_{17}OSIHC_1$.
Preparat conținând vitamina B₁, **vitamina antinevritică.**

INDICAȚIUNI: Vitamina B₁, fiind neurotropă are indicațiuni foarte variate în nevrite de orice origine și localizare, și polynevrite cu turburări spastice și paralitice etc.

C e v a l Vitamina C.

injecții 10/1 ccm 0.05
" 5/2 ccm 0.10
" 3/5 ccm 0.50

Este un preparat de acid ascorbic chimic pur.

INDICAT: În toate cazurile unde se constată o insuficiență a vitaminei C.

Hepacit Extract de ficat și mucoasă stomacală.

injecții de 2 cmc

Extrem de activ și perfectă tolerabilitate. Ameliorează rapid starea generală, iar numărul globulelor roșii și indicele hemoglobinic crește chiar dela începutul tratamentului.

INDICAT: în anemii secundare provocate de hemoragii, anemie pernicioasă, anemii consecutive maladiilor infecțioase. Protejează celulele hepatice, evită șocul operator etc., etc. Se administrează în injecții intramusculare.

Eșantioane medicale și literatură:

Laboratorul Farm. V. G. CIOCOIU
București, str. Matei Voevod Nr. 35 - Telefon 3.88-97

Lina, fata mai mare a lui „Păsărolu” și cari sentimente, după afirmația vecinilor, îl determina pe acești flăcăi să viziteze adeseori familia lui „Păsărolu” situată în cartierul de miază-noapte al comunei. Un rezultat concret al acestor vizite este faptul, că se îmbolnăvește de tifus exantematic atât Lina, cât și Aurel, un copil de doi ani, care obișnuit era lăsat în paza acestel fete.

De acum, în mod progresiv, boala va face victime pe toți membrii coloniei de țigani, cu excepția alor șase și anume trei adulți, cari au rămas refractari față de boală, precum și trei copii toți sub opt ani, cari n-au fost declarați deoarece n-au fost găsiți cu temperatură niciodată și aceasta, datorită faptului că copiii mici de obicei fac forme ușoare, ambulatorii și fără simptome precise.

Cazul soldatului Titl Gheorghe, dela plutonul de grăniceri, nu este nici el o enigmă, deoarece acest ostaș de origine și el țigan, a fost văzut adesea în familia lui Arămar Ioan zis „Păsărolu”, care este un emerit măiestru în arta violinei, precum și în anturajul familiilor de țigani din apropierea frontierei, pe cari le-a vizitat fie în timpul serviciului de patrulare pe frontieră sau în alte ocazii.

Mortalitatea. Din 18 cazuri de îmbolnăviri, au murit în total trei și anume: Roștaș Ioan de 48 ani, un tip debil cu semnele impregnației bacilare, Roștaș Netl de 18 ani, care din investigațiile întreprinse de noi, am ajuns la concluzia că era în convalescență, după febră tifoidă cu o miocardită în faza de asticție și în fine Bancu Maria de 38 ani, care era și ea de o constituție fragilă.

Ofensivele sanitare. A priori, s'a interzis orice aglomerație în comună, s'au închis școlile pe timpul deparazitării elevilor și curățirii sălilor de învățământ. S'a interzis intrarea persoanelor străine în comună și în genere orice vagabondaj și în fine s'a ordonat o săptămână a curățeniei pe întreg cuprinsul plasel Călățele. S'a mai procedat cu toată vigoarea la controlul și deparazitarea persoanelor cari trec clandestin din Ungaria, în care scop s'au creat mai multe posturi fixe pentru control și deparazitare.

Prima ofensivă sanitară a avut loc în zilele de 28 și 29 Ianuarie 1942, care s'a soldat cu următorul bilanț: 1. S'au recoltat 17 probe de sânge pentru analiză, dintre cari șase au dat rezultat pozitiv, iar restul negativ. 2. S'au găsit 36 familii cu pediculoză, cari reprezintă 23.5% din populația întregii comune. 3. Patru familii de țigani, respective întreaga colonie de țigani a fost pusă sub o severă carantină. 4. Întreaga comună a fost pusă sub cordon sanitar, asigurată atât de grăniceri, cât și de postul de jandarmi.

Pe tot timpul carantinei, hrana țiganilor a fost asigurată de Primărie, Prefectură și Serviciul Sanitar al județului.

Analizând rezultatele primei ofensive, ele demonstrează întâi, că intensitatea pediculozei este destul de mare și în al doilea rând, că tifusul exantematic n'a pătruns în sânul gospodăriilor sătenilor și n'a reușit să invadeze corpul grănicerilor, dar în schimb a cuprins întreaga colonie de țigani. Această din urmă situație se explică prin faptul, că țiganii asigurându-și existența prin furturi comise dincolo de frontieră de către bande destul de bine organizate, recurgeau mai puțin la obolul public și astfel luau contact numai în mod sporadic cu gospodăriile sătenilor. În cadrele activității noastre din domeniul despăduchierii, o atenție deosebită am dat cerșetorilor, vagabonzilor, țiganilor nomazi și în fine servitorilor, știut fiind, că acești profesioniști sunt adeseori adevărate culturi ambulante ale acestui solu de paraziți.

Prima ofensivă sanitară a fost succedată de alte cinci, la interval de 10 până la 15 zile și ele au avut darul să reducă pediculoza până la dispariția ei totală, obținându-se concomitent și educația sanitară a populației prin difuzarea cunoștințelor de salubritate, igienă și profilaxie și în fine localizarea și apoi abolirea focarelor epidemice.

Dela începutul lunii Martie 1942 pe teren n'a mai rămas decât un singur medic și un agent sanitar, cari au stat în comună până la stingerea definitivă a epidemiei, asigurând toate măsurile de profilaxie pe frontieră.

Stingerea epidemiei. Ultimul caz de îmbolnăvire a fost la data de 19 Februarie 1942, în persoana lui Arămar Ioan zis Păsărolu. Acest bolnav în ziua de 2 Martie 1942 se simte complet restabilit, în consecință trecând 22 zile dela stadiul de defervescență a ultimului bolnav (Arămar Ion), am stabilit ca pe ziua de 25 Martie să declarăm ca stinsă epidemia de tifus exantematic, după ce în prealabil vom executa o radicală deparazitare a întregii colonii de țigani și o revizuire a măsurilor sanitare luate în comună și în corpul grăniceresc local.

În dimineața zilei de 25 Martie 1942, punem planul în aplicare folosindu-ne de următoarele mijloace de deparazitare: mașina de tuns, fierul de călcat, varul, leșla, săpunul, petrolul brut, petrolul amestecat cu ulei, etuva și cuptorul portativ. La sulfirizare am renunțat, deoarece ea ar fi rămas iluzorie, întru cât bordurile prezentau crepături, atât în plafon, cât și în pereți, în schimb s'a procedat la vărul integral a locuințelor, atât interiorul, cât și exteriorul, inclusiv plafonul și pardimentul. S'au frecat cu leșle fierbinte și apoi s'au uns cu petrol brut ușile, ferestrele și scândurile dela pat (unicul mobilier). Patele din pat și murdăriile s'au ars, absolut toate rufe s'au băgat la etuvă, iar oamenii au fost tunși la părțile părtoase, corpul fiind supus unei onctiuni energice cu petrol amestecat cu ulei vegetal.

Astfel, după ce întreaga colonie de țigani a fost supusă unei deparazitări radicale și constatându-se că în ultimele 22 de zile nu s'a ivit niciun caz nou de tifus exantematic, în ziua de 25 Martie 1942, s'a ridicat carantina coloniei de țigani, s'a suprimat cordonul sanitar al comunelor și s'au sistat subvențiile pentru alimentație de către organele oficiale. Ca o ultimă măsură, am dispus să se facă controlul de paraziți la țigani săptămânal de 2 ori, iar la restul populației bi-lunar și aceasta până la sfârșitul lunii Iulie 1942.

În fine, în timpul săptămânii țiganelor, am procedat cu toată strășnicia la desăvârșirea măsurilor de deparazitare a populației comunei Seculeu, precum și a comunelor din jur. În timpul acțiunii noastre pe teren, cupatorul portativ s'a dovedit a fi un prețios auxiliar în strădanurile noastre din domeniul despădăchirii și care are un efect moral nebănuț asupra populației.

Odată aceste realizate, am reușit să stingem epidemia de tifus exantematic din comuna Seculeu și să asigurăm măsurile de profilaxie pe frontieră, încheind lucrarea noastră cu sentimentul datoriei împlinite.

Concluziuni. 1. Tifusul exantematic a fost importat din Ungaria (regiunea Huedin, Clucea), de către țigani vagabonzi, mai precis de Roștaș Ioan, care a vehiculat paraziții infecțioși dincoace de frontieră. Acest țigan face boala, apoi își contaminează familia a cărei membri devin vectorii infecției în întreaga colonie de țigani din comuna Seculeu, inclusiv soldatul grănicer Titl Gheorghe, țigan și el de origine.

2. Odată epidemia descoperită, măsurile sanitare luate au fost rapide și precise, iar rezultatul obținut satisfăcător, reușind să oprim contagierea la patru fa-

mili de țigani și să punem la adăpost întreaga populație românească din comună și regiunea Călățele.

Rezultatul frumos al activității depusă de către organele sanitare apare și mai evident dacă ne dăm seama că s'a desfășurat într-o regiune cu o populație primitivă și căi de comunicație în unele locuri aproape inexistente.

Problema tifusului exantematic însă depășește mult cadrul activității medicale atâtă vreme, cât vectorul acestor infecții rămâne păduchele, apariția cărui este în legătură directă cu starea socială, economică și culturală a populației. Regiunea unde s'a desfășurat această epidemie lasă mult de dorit sub toate raporturile arătate mai sus, motiv pentru care noi înșine priveam la început desfășurarea epidemiei cu o justă îngrijorare. Dacă totuși am răușit să fixăm epidemia la o singură comună și numai la câteva familii de țigani, rezultă că s'au luat măsurile radicale și s'au executat fără șovăire. Între medicul care a avut inițiativa și celelalte resorturi în special organele administrative, și de poliție sanitară care au executat măsurile luate, a existat dela început și până la sfârșitul epidemiei o legătură de coordonare și colaborare, având ca drept rezultat pe lângă stângerea epidemiei și impregnarea unor noțiuni de igienă și medicină preventivă în conștiința populației. Pentru a preveni ivirea altor cazuri de tifus exantematic în regiune sau în alte puncte pe întinsul frontierei, am luat măsurile ca vagabonzi, țiganii, comercianții ambulanți sau alte persoane care trec clandestin din teritoriul cedat să fie trecute pe la medicul oficial pentru control sanitar și deparazitare.

Societăți medicale

SOCIETATEA ȘTIINȚELOR MEDICALE DIN CLUJ-SIBIU

Sedința ordinară din 19 Februarie 1943

consacrată transfuziei sangvine

Prezidează: D-l Prof. Dr. Gh. Popoviciu, președintele societății.

Conservarea sângelui de om și utilizarea lui pentru transfuzii (Tehnica Institutului de Fiziologie al Facultății de Medicină din Cluj-Sibiu) de Prof. Dr. Grigore Benetate, Dr. R. Oprean, Dr. T. Agârbiceanu și Dr. T. Tudoraș (Continuare din Nr. 1, 2, 3, 5, 6 1943).

2. Acțiunea sângelui conservat asupra sistemului eritropoetic.

Efectul transfuziilor asupra sistemului eritropoetic a fost evidențiat prin numeroasele observații clinice

și în deosebi prin cercetările recente clinice și de laborator ale lui Habelmann, care au arătat că transfuzia sanghină exercită asupra eritropoezelor un efect exprimat de stimulare și de normalizare.

Se știe că activitatea sistemului eritropoetic, constând din formarea, înmulțirea și maturarea elementelor eritrocitare și din lansarea celor mature în circulație, se adaptează automat nevoilor periferice și că între sistemul eritropoetic și periferic există o stare de echilibru dinamic.

Periferia influențează activitatea sistemului eritropoetic prin acțiunea de excitație și inhibiție pe care o exercită asupra măduvei pe calea nervoasă și umorală, ori de câte ori raportul dintre producția și distrugerea de eritrocite se dezechilibrează. Excitarea sistemului eritropoetic se face atunci când suprafața de fixare a

oxigenul se micșorează fie în mod absolut, prin diminuarea numărului de eritrocite sau prin reducerea conținutului lor în hemoglobină, fie în mod relativ, prin exagerarea schimburilor respiratorii sau rarifierea aerului inspirat (efort fizic, altitudine).

Excitantul adecvat al eritropoezei este deficitul de oxigen și produșii rezultați din procesele de hemoliză (hemoglobină, globină, hematină, hematoporfirină, componenții stromei globulare) care acționează asupra măduvei prin intermediul centrilor organo-vegetativi din hipotalamus (*Hayashida*), legați de măduva osoasă prin centril subiacenți și fibrele organo-vegetative periferice (*Foa*).

Asupra eritropoezei excitația se traduce prin intensificarea procesului de înmulțire, prin accelerarea maturăției și prin lansarea mai accentuată în circulație a elementelor sanghine.

Inhibiția se traduce prin efecte contrarii și se face ori de câte ori producția înfrece nevoile organismului. Este de remarcă că efectele de excitație și de inhibiție ale eritropoezei pot fi produse și prin modificarea raportului care există între diferitele procese din sistemul eritropoetic. Astfel, lansarea elementelor sanghine în circulație, după cum este mai accentuată sau mai redusă, exercită un efect stimulant sau inhibitor asupra procesului de înmulțire a celulelor din sistemul eritrocitar. În condițiuni fiziologice efectul impulsurilor de excitație și inhibiție este abia perceptibil și se manifestă prin menținerea raportului echilibrat, atât din punct de vedere calitativ cât și cantitativ, între cele trei procese fundamentale ale eritropoezei, adică între înmulțirea, maturăția și lansarea în circulație a elementelor sanghine.

În condițiuni patologice acțiunea de excitație și inhibiție se accentuează și se traduce prin modificări profunde ale eritropoezei.

Astfel, în anemiile acute, cronice și secundare deficitul periferic masiv sau susținut, prin acțiunea de iritație puternică sau repetată pe care o exercită asupra măduvei, este în stare să producă un deranj profund în activitatea măduvei și să ducă la o insuficiență a sistemului eritropoetic.

Efectul transfuziilor a fost studiat în deosebi pe anemiile acute, cât și pe cele cronice și secundare, adică pe anemiile, care deși au etologie deosebită, totuși, se caracterizează în comun prin faptul că puterea de regenerare a măduvei nu este alterată în mod primar, cum se întâmplă în alte anemii (anemie pernicioasă tip *Biermer*, anemie survenită după rezecția de stomac, în avitaminoză B₂ și C, în infestații cu botriocel, etc.), ci în mod secundar, datorită deficitului de elemente eritrocitare produs prin pierderea repetată de sânge în cazul anemiilor cronice, sau datorită acțiunii toxinelor microbiene sau endogene asupra măduvei și a hematitelor, în cazul anemiilor secundare, deficit care determină iritația sistemului eritropoetic și o reacție de regenerare insuficientă a acestui sistem (*Naegeli, Habelmann*).

Anemia acută. Reacția organismului la hemoragii masive constă în mobilizarea plasmelor și a hematitelor depozitate, în lansarea mai accentuată a reticulocitelor, în limitarea hemolizei fiziologice și la urmă în exagerarea eritropoezei.

Starea post-hemoragică se traduce la început atât prin oligocitemie cât și prin oligocromemie cu păstrarea valorii globulare.

Lansarea reticulocitelor, care se produce imediat după hemoragie, se face la început pe socoteala elementelor preformate din măduvă. Ea se manifestă la periferie nu atât prin creșterea numărului total de reticulocite, cât prin devierea formulei reticulocitare spre stânga, datorită apariției formelor mai puțin mature de reticulocite (grupa I și II), care în mod normal reprezintă 9,9% din totalul reticulocitelor, restul fiind reprezentat prin reticulocite din grupa III și IV (20% din a III, 70% din a IV), iar în starea posthemoragică procentul acestor reticulocite se ridică la 20%.

Când deficitul de elemente figurate este accentuat și nu poate fi acoperit numai prin mobilizarea hematitelor din depozit și trecerea în circulație a reticulocitelor, organismul reacționează printr-o eritropoeză exagerată. Răspunsul aparatului eritropoetic la deficitul periferic se traduce prin producția rapidă de elemente celulare capabile de a fi trecute în circulație. Ea se realizează prin intensificarea fenomenului de înmulțire care decurge în general mai repede decât cel de maturăție și din care rezultă eritroblaști și normoblaști mici.

În ce privește maturăția, în stare de excitație posthemoragică a măduvei, ea se face într-un ritm mai rapid și în mod economic, constând din maturăția elementelor mai avansate din seria eritrocitară, cum ar fi de exemplu, normoblaștii tip II, adică acidofilii, care printr-o maturăție rapidă trec în eritrocite mici (microcite). Toate acestea modificări se traduc la periferie prin devierea spre stânga a „formulei eritrocitare”, care se manifestă prin creșterea absolută a numărului de reticulocite și prin apariția microcitelor.

Reticulocitoza posthemoragică este atât de accentuată încât procentul reticulocitelor, care în condițiuni fiziologice este de 0,5–0,6% în raport cu restul hematitelor, se ridică uneori la 50% (*Heilmeyer*).

Deși numărul globulelor roșii crește vertiginos în timpul puseului de regenerare posthemoragică, totuși oligocromemia persistă iar valoarea globulară chiar scade, dând anemiei acute caracterul hipocrom. Această scădere a valorii globulare se explică prin particularitățile eritropoezei posthemoragice și nu prin pierderea fierului (*Habelmann*).

Intrădeavă, fierul plasmatic scăzut în primele 2 zile după hemoragie se ridică în plină perioadă de regenerare, din cauza mobilizării acestui metal din organele depozitare, la nivelul normal și chiar peste valorile normale (*Heilmeyer*), ceea ce nu împiedică însă scăderea valorii globulare.

Încărcarea insuficientă a hematitelor cu pigmentul sanghin se explică prin faptul că excitarea sistemului eritropoetic prin deficitul periferic de O₂ și de celule duce, prin intensificarea înmulțirii în detrimentul maturăției, la o disjuncțiune între maturăția nucleului și a protoplasmei. Maturăția protoplasmei fiind întârziată în raport cu cea a nucleului, ea se încarcă în mod defectuos cu hemoglobină.

În măduvă intensificarea procesului de înmulțire celulară și accelerarea maturăției se traduce prin îngrămădirea eritroblaștilor și a reticulocitelor și prin exagerarea activității mitotice.

Cu timpul, pe măsură ce deficitul periferic se atenuează și acțiunea de excitare exercitată de periferie asupra măduvei se micșorează, reacția măduvei devine tot mai ordonată.

Proporția elementelor eritrocitare bazofile, crescute la început din cauza maturăției incomplete a protoplasmei, scade pe măsură ce compensarea devine tot mai eficientă.

Intradevăr, dacă în condițiuni fiziologice raportul într normoblastii tip II (oxifili) și tip I (bazofili) din măduvă este de 2:1 (bazofil 60%, oxifil 12% *Habelmann*) în schimb în timpul reacției posthemoragice predomină normoblastii bazofili.

Tendința de normalizare a eritropoezei spre sfârșitul reacției de regenerare se traduce la periferie prin predominanța din ce în ce mai mare a reticulocitelor mai mature (tip 4 și 3) și prin creșterea valorii globulare, care se accentuează pe măsură ce ritmul în care se face maturația elementelor eritrocitare devine tot mai puțin accelerat.

La un moment dat, când deficitul periferic se șterge și acțiunea de excitare pe care periferia o exercită asupra sistemului eritropoetic se reduce la intensitatea normală, activitatea acestui sistem revine la normal. La început se reduce procesul de înmulțire, apoi scade activitatea mitotică și procesul de maturație capătă ritmul său obișnuit.

Astfel se restabilește o stare de echilibru între periferie și sistemul eritropoetic pe de o parte, iar pe de altă parte se normalizează raportul între procesele de înmulțire și de maturație care sunt la baza eritropoezei.

Când procesul de regenerare nu este în stare să înlăture deficitul periferic, reacția măduvei persistă, trecând cu timpul într-o adevărată iritație care se manifestă printr-o disjuncțiune din ce în ce mai accentuată între procesul de înmulțire și de maturație, care se manifestă prin puseuri de regenerare din ce în ce mai puțin eficace sau prin blocarea măduvei și astfel se instalează o stare de anemie cronică.

Anemiile cronice și secundare. Anemiile cronice și secundare, indiferent de etiologia și patogeniza lor (hemoragii acute necompensate, hemoragii repetate, anemii, datorite toxinelor microbiene și celor endogene) se caracterizează într-o anumită fază a bolii printr-o reacție de regenerare deficitară din partea măduvei, care nu este în stare să acopere nevoile periferiei.

Insuficiența de regenerare în cazul anemiilor cronice și secundare se instalează treptat, ducând uneori la o anemie gravă degenerativă (*Naegeli*).

La început organismul începe să compenseze deficitul de elemente sanghine prin reacțiunile periferice (mobilizarea hematiilor din depozite și lansarea reticulocitelor), iar după epulzarea acestor mijloace, prin exagerarea eritropoezei, care încetează în momentul când producția întrece nevoile periferiei, și reîncepe în momentul când deficitul reapare (sângerări repetate, reacтивarea focarelor de infecție etc.).

Frânarea eritropoezei se face printr'un impuls de inhibiție care, spre deosebire de cel de excitație (v. anemia acută) limitează procesul de înmulțire a elementelor eritrocitare și prelungește maturația lor, micșorând astfel producția elementelor eritrocitare capabile de a trece în curentul circulator.

În cazurile în care deficitul persistă sau se repetă, fazele de excitație și de inhibiție ale eritropoezei se alternează de mai multe ori în timp de luni și ani de zile provocând o iritație a sistemului eritropoetic.

Starea de iritație constă în accentuarea din ce în ce mai pronunțată a procesului de înmulțire în detrimentul celui de ma-

turație și se manifestă la periferie prin microcitoză — devierea formulei reticulocitare spre stânga și prin apariția formelor tinere din seria eritocitară (normoblasti).

În această stare activitatea sistemului eritropoetic se desfășoară mult timp, uneori chiar ani de zile, în limita capacității funcționale, după care urmează starea de insuficiență.

Insuficiența, în marea majoritate a cazurilor este funcțională și nu anatomică. Ea se manifestă prin modificări calitative ale eritropoezei și printr-o disproporție din ce în ce mai mare între producția de eritrocite și nevoile organismului.

Deschilibrul între cele două procese fundamentale ale eritropoezei se accentuează tot mai mult, procesele de regenerare devin din ce în ce mai puțin eficace, iar deficitul periferic se evidențiază din ce în ce mai mult.

În această fază a anemiilor elementele eritrocitare din măduvă se înpuținează. La început scade numărul reticulocitelor, pe urmă se răresc normoblastii acidofili și în sfârșit cei bazofili.

Periferic, insuficiența sistemului eritropoetic se manifestă prin scăderea treptată și progresivă a hematiilor, a hemoglobinei și a valorii globulare, prin poikilocitoză, datorită maturației incomplete a protoplasmei și prin diminuarea reticulocitelor.

În unele cazuri insuficiența funcțională a sistemului eritropoetic duce la o anemie aregenerativă sau aplastică, care după *Naegeli* ar intra în rândurile anemiilor secundare.

Blocarea măduvei. Disfuncția sistemului eritropoetic în anemiile acute cronice și secundare se manifestă și prin blocarea măduvei, în care lansarea elementelor eritrocitare din măduvă în circulație se oprește brusc. Ea poate fi diagnosticată după discordanța dintre tabloul periferic caracteristic stărilor de insuficiență gravă a eritropoezei (scăderea hematiilor, dispariția reticulocitelor, etc.) și aspectul punctatului sternal care pledează pentru o regenerare activă (înmulțirea eritroblastilor, normoblastilor și a celulelor reticulare).

Când blocarea măduvei se ridică, normoblastii trec în cantități mari în circulație, dând o normoblastoză și o reticulocitoză pronunțată, iar dacă blocarea se prelungește, se produce inhibiția eritropoezei.

Blocarea primară a măduvei survine în boala lui *Biermer*, în anemia secundară, în anemiile acute, cronice și în deosebi în cele tumorale.

Nu numai patogenia blocajului, dar și mecanismul de trecere a elementelor sanghine din parenchimul medular în circulație nu sunt lămurite. După unii, formarea elementelor eritrocitare și leucocitare s'ar face intravascular, în capilarele venoase intrasinusoidale din măduvă (*Neumann, Askanazy, Sabin-Doan*), iar după alții extravascular (*Maximow-Koelliker*). Dacă acceptăm părerea din urmă și dacă ținem seamă că circulația în măduva oaselor se face printr'un sistem închis (*Rohr, Askanazy*), trebuie să admitem că trecerea elementelor sanghine în curentul circulator se face prin diapereză, fiind condiționată de permeabilitatea și vazomotricitatea capilarelor și de unele proprietăți fizico-chimice ale sângelui, cum este, de exemplu, presiunea coloidosmotică (*Habelmann*).

În ce privește blocarea măduvei, *Habelmann*, bazându-se pe faptul că aceasta se produce în stările caracterizate prin caracterul anaerob local sau general al metabolismului (tumori, anemii acute și cronice), o atribuie acțiunii produșilor rezultați din metabolismul anaerob și din asfixierea țesuturilor (acizii lactic și carbonic, histamină, polipeptide), care provoacă o dilatare paralică



ZEISS

LUPE BINOCULARE

Observarea binoculară este mult mai instructivă decât observarea monoculară, aceasta din cauza vederii plastice.

Lupa binoculară acoperită, cu sau fără dispozitiv de lumină, (fig. din mijloc) este o lupă universală pentru d-nii medici, în special oculiști, dermatologii, etc.

Lupa-ochelari (fig. din dreapta) este comod de purtat ca și ochelarii. Recomandabilă pentru operații mici.

Lupa binoculară cu prisme (fig. din stânga) permite observarea binoculară în răni, etc.

Tele-lupele binoculare dau mărimi puternice la distanțe mari de observare. Există și în construcție specială pentru urechi, după Eckart-Möboius.

CATALOAGE ȘI INFORMAȚIUNI GRATUITE.



Reprezentanța Generală pentru România:

Soc. Anonimă de Ag.-Comision-Import fost Otto & Alfred Herzog, București I. Bul. Carol I., 48

Somniferul cu efect sigur

chiar și în doze mici
($\frac{1}{2}$ tabletă), somn recon-
fortant și o deșteptare
înviorătoare cu

QUADRO-NOX

ASTA A. G. CHEMISCHE FABRIK BRACKWEDE i. W.

Literatură și eșantioane vă stau cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R. ★ Strada Sf. Ionică No. 8, București



ORIZONTUL

Revista pentru Europa Nouă

ORIZONTUL

*puntea spirituală între
România și Germania,
revista pentru Europa nouă*

*în totdeauna interesantă și bine
ilustrată. Apare de două ori pe
lună și se poate obține la toate
chioscurile din țară sau direct prin
abonament dela Interpress S.A.R.;
București, Str. Gogu Cantacuzino 38*

Prețul
20 LEI

a capilarelor medulare și favorizează astfel stagnarea elementelor sanghine în măduvă și influențează în același timp și alți factori (permeabilitatea endoteliului capilar, presiunea coloidosmotică a sângelui), care condiționează trecerea elementelor sanghine în curentul circulator.

După cum se vede, deficitul periferic de oxigen și de elemente sanghine întretine starea de iritație a măduvei și favorizează apariția b'ocărilor contribuând astfel într-o măsură largă la epulzarea capacității funcționale a sistemului hematopoetic.

Efectul transfuziilor în tratamentul anemiilor se explică prin faptul că acestea înlătură deficitul periferic și iritația măduvei datorită acestui deficit, stimulează eritropoeza și în același timp schimbă felul de reacție al sistemului hematopoetic.

Se înțelege că transfuzia nu poate să înlocuiască tratamentul cauzal (oprirea hemoragiilor, înlăturarea focarelor de infecție, etc.), totuși ea reprezintă unul din mijloacele terapeutice adjuvante din cele mai eficiente în tratamentul anemiilor acute și cronice, chiar superior celui cu fier.

Intrădevăr, deși regenerarea insuficientă a elementelor eritrocitare în anemiile cronice este atribuită de mulți autori lipsei de fier (*Fontès, Thivoll, Heilmeyer-Plöttner*), totuși deficitul de fier nu este un factor constant în patogenia anemiilor hipocrome, întrucât sunt cazuri de anemii cronice grave în care nivelul fierului plasmatic este ridicat, ceea ce ar pleda pentru utilizarea defecuoasă a acestui element. De asemenea și faptul că fierul exercită o acțiune de stimulare a eritropoezei, intensificând înmulțirea eritroblastilor și activitatea mitotică, cât și formarea hemoglobinei nu constituie un argument categoric, în sprijinul concepției de mai sus deoarece sunt cazuri de anemii hipocrome care rezistă la un tratament masiv și prelungit cu fier, chiar când acesta se absoarbe în cantități mari și reacționează prompt la transfuzii (*Habelmann*).

Transfuzia directă.

În *anemia acută* transfuzia directă făcută în scurt timp după hemoragie înlocuiește o parte din sângele pierdut și reduce prin aceasta gravitatea anemiei. În faza de iritație transfuzia, prin micșorarea deficitului periferic, normalizează eritropoeza stabilind la început echilibrul între procesul de înmulțire și de maturarea elementelor sanghine și exercitând ulterior, prin produșii rezultați din dezagregarea grefonului sanghin o acțiune de stimulare moderată asupra sistemului eritropoetic.

În stare de blocare a măduvei, transfuzia ridică brusc blocajul restabilind relațiile normale între măduvă și sistemul periferic.

Ridicarea blocărei sub acțiunea transfuziilor se traduce la periferie printr-o normoblastoză care survine la 6—8 ore după transfuzie, urmată ceva mai târziu de o reticulocitoză. Efectul transfuziilor se continuă și după ridicarea blocărei constând în stimularea eritropoezei.

În caz de epulzarea capacității funcționale a sistemului eritropoetic transfuzia execută o acțiune de stimulare puternică a acestui sistem, efect care apare la 2—3 zile și se traduce prin înmulțirea eritroblastilor

și mai ales normoblaștilor și a reticulocitelor din măduvă cu intensificarea activității mitotice, iar la periferie printr-o reticulocitoză urmată de o creștere lentă a hemoglobinei și a valorii globulare.

În *anemiile cronice și secundare* transfuzia făcută în faza de insuficiență a eritropoezei exercită o acțiune exprimată de stimulare a sistemului eritropoetic, care se manifestă prin intensificarea înmulțirii și precipitarea maturărilor.

La început predomină înmulțirea proeritroblastilor cu accentuarea activității mitotice în detrimentul maturății. În scurt timp însă starea de iritație trece și tendința de normalizare a eritropoezei se traduce prin înmulțirea normoblaștilor și reticulocitelor din măduvă. La periferie efectul transfuziei se resimte cu oarecare întârziere. La început numărul hematiilor rămâne neschimbat și chiar scade, din cauza micșorării deficitului de oxigen. Se știe că în anemii organismul reacționează la deficitul de oxigen prin limitarea hemolizei fiziologice, care însă se ridică când deficitul în urma transfuziei se reduce. Iritația eritropoezei care urmează imediat după transfuzie se traduce la periferie la început printr-o normoblastoză care survine la 2—3 zile după transfuzie, după care la câteva zile urmează o descărcare de reticulocite. Pe măsură ce eritropoeza se normalizează, prin restabilirea raportului între procesul de înmulțire și de maturare, formula reticulocitară începe să devieze din ce în ce spre dreapta, apoi numărul hematiilor începe să crească treptat, iar ceva mai târziu se restabilește și valoarea globulară. Este de remarcat că în starea de insuficiență exprimată a eritropoezei efectul stimulant al transfuziilor se evidențiază mai încet (*Habelmann*).

În *blocarea măduvei* survenită în anemiile cronice și secundare, efectul transfuziilor este prompt și constant, constând din ridicarea blocajului și stimularea ulterioară a procesului de regenerare.

Acest efect al transfuziilor se evidențiază în toată amploarea în anemiile tumorale care se caracterizează în deosebi prin blocajul repetat al măduvei, care duce cu timpul la epulzarea capacității funcționale a sistemului eritropoetic.

Mecanismul prin care transfuziile ridică starea de blocaj nu se cunoaște.

După *Habelmann* ele acționează sau prin înlăturarea deficitului de oxigen și a produșilor rezultați din procesele metabolice anaerobe, sau prin modificarea modului de reacție a sistemului eritropoetic (*Umstimmung*).

Acțiunea sângelui conservat

Dacă efectul transfuziilor directe în tratamentul anemiilor acute, cronice și secundare este recunoscut de toți clinicienii, în schimb utilitatea sângelui conservat este discutată (*Habelmann*).

După *Habelmann* efectul sângelui conservat este egal și chiar superior celui proaspăt în tratamentul stărilor de blocaj al măduvei din anemiile acute și cronice și în deosebi din anemiile tumorale, unde există o tendință exprimată de recidivare a blocajului.

În schimb, sângele conservat este mai puțin indicat în anemiile acute și în stările de insuficiență avansată a sistemului eritropoetic. (*Habelmann*).

Deosebiră între acțiunea sângelui conservat și cel proaspăt se explică prin faptul că sângele conservat, cu hematiile parțial alterate și proteinele plasmatice denaturate, are valoarea substitutivă mai mică decât cel proaspăt și în același timp declanșează în organismul primitorului reacțiunile furtunoase din partea sistemului hematopoetic.

Acțiunea sângelui conservat asupra măduvei este atât de puternică încât ea se manifestă în cazul unui organ insuficient, printr-o adevărată stare de șoc.

Faza anergică a stării de șoc constă după *Habelmann* în întârzierea reacției de regenerare, care în cazul sângelui proaspăt apare atât de prompt.

Teoretic acest efect al sângelui conservat ar putea să ducă la epulzarea totală a măduvei. (*Habelmann*).

Practic însă, după cum recunoaște și *Habelmann*, totul se reduce numai la o întârziere a regenerării pentru 2—3 zile. În schimb, reacția de regenerare care survine ulterior este mult mai puternică și mai rapidă decât în cazul sângelui proaspăt. La început activitatea eritropoetică are toate caracterele unei iritații puternice cu înmulțirea proeritroblastilor și a normoblastilor tip. I și disproporția între procesul de înmulțire și de maturare celulară, mai târziu însă ea se normalizează, ceea ce se traduce prin înmulțirea normoblastilor și a reticulocitelor și prin maturarea mai eficientă.

La periferie semnele de regenerare apar cu oarecare întârziere, însă după ce eritropoeza se normalizează creșterea hematiilor și a hemoglobinei sunt mai exprimate decât în cazul sângelui proaspăt.

Dacă reacția puternică declanșată în sistemul eritropoetic de sângele conservat constituie în cazul insuficienței acestui sistem, după unii, un dezavantaj, în schimb, în starea de blocaj a măduvei această reacție s'a dovedit a fi binefăcătoare (*Habelmann*).

Intradevăr, sângele conservat ridică prompt starea de blocaj atât în anemiile acute cât și în cele cronice și secundare și în același timp declanșează o reacție de regenerare eficientă în sistemul eritropoetic. Ridicarea blocării s'ar explica după *Habelmann* prin faptul că sângele conservat, prin acțiunea puternică pe care o are asupra măduvei și a organismului în general, schimbă nu numai capacitatea de reacție dar și felul de reacție a sistemului eritropoetic, iar efectul de stimulare promptă a eritropoezei care urmează după ridicarea blocării sub acțiunea sângelui conservat, se explică după *Habelmann* prin faptul că în cazul măduvei blocate, a cărei capacitate funcțională de obicei este păstrată, acțiunea de șoc a sângelui conservat nu are loc.

Dar și în stările de insuficiență a sistemului eritropoetic efectul nefast al sângelui conservat asupra măduvei n'a fost dovedit. După *Habelmann* epulzarea capacității funcționale a măduvei în urma acțiunii de șoc

provocată de sângele conservat ar fi datorită reacțiunilor generale puternice declanșate de acest sânge, reacții care se resimt și asupra măduvei.

Este adevărat că accidente secundare scad acțiunea eritropoetică a transfuziilor, fapt observat și în cazul transfuziilor cu sânge proaspăt (*Sibley-Lundy*) dar nu este mai puțin adevărat că sângele conservat în condițiuni potrivite, care îndeplinește toate condițiile pentru a fi transfuzat, după cum reiese și din observațiile noastre, este mai bine tolerat decât cel proaspăt.

Observații proprii. La Centrul de Transfuzie din Sibiu, acțiunea eritropoetică a sângelui conservat a fost încercată pe 71 cazuri, dintre care 17 cu anemii acute, 13 cu anemii cronice (hemoragii repetate), 24 cu anemii secundare (tumori, focare de infecții etc.), 3 cu anemii pernicioase și 12 cazuri cu maladii sanghine (leucemii, limfogranulomatoză, mîeloză etc.), făcându-se în total un număr de 155 transfuzii.

Efectul transfuziilor a fost urmărit în 37 cazuri prin numărarea hematiilor și determinarea hemoglobinei, care s'au făcut înainte de transfuzie și la 3—12 zile, uneori chiar la 20 zile după transfuzie, iar rezultatele obținute, exprimate în cifre medii, au fost trecute în tabelele Nr. 4 și 5.

Înainte de a discuta rezultatele am crezut de bine să dăm câteva observații mai caracteristice.

Anemii acute:

Obs. VIII. Soldat H. I. 35 ani. Grupa sanghină nedeterminată. Dg. Tbc. pulmonară, hematemeză, melenă. În ziua de 11/XII i s'a făcut o transfuzie cu sânge conservat (150 cc. din grupa O, conservat de 4 zile).

Data	Hematii	Hemoglobină
10/XI	2.350.000	50%
17/XI	3.640.000	70% ¹⁾

Obs. IX. C. R. b. 27 ani. Grupa sanghină nedeterminată. Dg. Ulcer gastric, hematemeză, melenă, icter. I s'a făcut o singură transfuzie cu sânge conservat (270 cc. sânge din grupa O, conservat de trei zile), după care numărul hematiilor a crescut la 2 săptămâni de la 1.800.000 la 3.400.000, iar concentrația hemoglobinei de la 32% la 62%²⁾

Anemii cronice și secundare:

Obs. X. D. I. b. 60 ani. Grupa sanghină B. Dg. Focare de infecție, nefrită, anemie. În zilele de 26/XI și 4/XII 1942 i s'au făcut 2 transfuzii cu sânge conservat (200 și 300 cc. sânge, din grupa B, conservat de 1—2 zile).

Data	Hematii	Hemoglobină
20/XI	1.300.000	32%
30/XI	1.900.000	44%
4/XII	3.200.000	54%

¹⁾ Observație făcută la Spitalul militar din Sibiu de D-l medic căpitan Dr. Florescu.

²⁾ Observațiile XI, XIX, XX sunt făcute în clinica D-lui prof. I. Hațieganu, IX, X și XVI în clinica D-lui prof. Goia, XII, XIII XV în clinica D-lui prof. E. Țeposu, iar observațiile XVII și XVIII în clinica d-lui prof. Gh. Popoviciu.

Obs. XI. C. M. f. 46 ani. Grupa sanghină nedeterminată. Dg. Sindrom miocardic, insuficiență circulatorie, hipotiroidism, anemie. Din 4/I până la 18/I 1943 a fost tratată cu pernamon forte, iar în 20/I și 23/I s'au făcut două transfuzii cu sânge conservat (140 și 120 cc. sânge, din grupa O, conservat de 7—10 zile).

Data	Hematii
4/I	1.250.000
18/I	2.000.000
25/I	3.000.000

Obs. XII. H. P. f. 24 ani. Grupa sanghină nedeterminată. Dg. Anemie hipocromă secundară unei metroragii. În ziua de 1/IV până la 9—IV 1943 a fost tratată cu fier redus, iar în 10/IV i s'a făcut o transfuzie cu sânge conservat (180 cc. sânge din grupa O, conservat de 2 zile).

Data	Hematii	Hemoglobină
1/IV	2.000.000	30%
9/IV	2.500.000	50%
12/IV	3.500.000	55%

Obs. XIII. H. E. b. 42 ani. Grupa sanghină A. Dg. Cancer rectal cu metastaze ganglionare, anemie. În zilele de 21, 26 și 29/VIII 1942 i s'au făcut 3 transfuzii cu sânge conservat (200, 220 și 300 cc. sânge din grupele A și O, conservat de 3, 5 și 9 zile).

Data	Hematii	Hemoglobină
21/VIII	3.500.000	70%
29/VIII	4.800.000	85%

Obs. XIV. N. D. b. 58 ani. Grupa sanghină: nedeterminată. Dg. Cancer vesical. La 1/X 1942 i s'a făcut o transfuzie cu sânge conservat (160 cc. sânge din grupa O, conservat de 13 zile).

Data	Hematii	Hemoglobină
30/X	2.300.000	40%
3/XI	3.400.000	69%

Obs. XV. E. D. b. 65 ani. Grupa sanghină nedeterminată. Dg. Cancer vezical inoperabil. În zilele de 18 și 27/V 1942 i s'au făcut 2 transfuzii cu sânge conservat (120—150 cc. sânge din grupa O, conservat de 11 și 12 zile).

	Hematii	Hemoglobină
Înainte de transfuzie	800.000	24%
La 4 zile după transfuzie	1.990.000	—
La 20 zile după transfuzie	2.500.000	50%
La 40 zile după transfuzie	4.200.000	—

Maladii sanghine:

Obs. XVI. St. G. b. 56 ani. Grupa sanghină nedeterminată. Dg. Mieloză subleucemică. Între 29/VII și 27/VIII 1943 i s'au făcut 8 transfuzii cu sânge conservat, după care starea generală s'a ameliorat simțitor, iar hematiile au crescut de la 1.600.000 la 2.200.000.

Obs. XVII. M. L. b. 3½ ani. Grupa sanghină nedeterminată. Dg. Mieloză leucemică subacută. În zilele de 9 și 13/XII 1942 cât și 8/I 1943 i s'au făcut 3 transfuzii cu sânge conservat (50 și 110 cc. sânge din grupa O, conservat 1—7 zile). A doua zi după prima transfuzie temperatura a scăzut de la 39° la normal, iar în zilele următoare leziunile bucale au dispărut și starea generală s'a ameliorat în mod uimitor.

Înainte de transfuzie	Hematii	Hemoglobină	Leucocite
9/XII 1942	1.370.000	16%	35.000
după 2/I 1943	3.200.000	98%	7.200

Obs. XVIII. B. Gh. b. 4 ani. Grupa sanghină nedeterminată. Dg. Lymphadenoză aleucemică. În zilele de 24, 27 și 31/III, cât și 5/IV 1943 i s'au făcut 4 transfuzii cu sânge conservat (50 cc. din grupa O, conservat de 1—9 zile); bolnavul reacțio-

nează printr-o creștere regulată și remarcabilă de hematii și hemoglobină

Data	Hematii	Hemoglobină
24/III	1.220.000	32%
28/III	1.750.000	—
6/IV	3.520.000	56%

Obs. XIX. A. M. f. 63 ani. Dg. Anemie pernicioasă. În zilele de 15, 16, 19, 22 și 25/V 1943 i s'au făcut 5 transfuzii cu sânge conservat (130—180 cc. sânge din grupa O, conservat de 1—2 zile), după care se observă dispariția normoblaștilor din sânge, scăderea leucocitelor și creșterea hematiilor și a hemoglobinei.

Data	Hematii	Hemoglobină	Leucocite
12/V 1943	960.000	30%	46.000
27/V 1943	1.520.000	53%	9.600

Obs. XX. S. E. f. 27 ani. Grupa sanghină nedeterminată. Dg. Limfogranulomatoză mediastinală. În zilele de 7, 11, 17 și 23/V 1943 i s'au făcut 4 transfuzii cu sânge conservat (100—180 cc. sânge din grupa O, conservat de 1—2 zile), după care numărul hematiilor a crescut de la 3.200.000 la 5.300.000.

Obs. XXI. M. B. b. 58 ani. Grupa sanghină nedeterminată. Dg. Anemie aplastică, diabet. Din 22/II până în 16/IV 1943 i s'au făcut în total 11 transfuzii cu sânge conservat (130—250 cc. sânge din grupa O, conservat de 1—5 zile).

Data	Hematii	Hemoglobină
22/II	860.000	28%
1/III	1.300.000	32%
17/IV	1.650.000	50%

Deși cercetările noastre în legătură cu acțiunea sângelui conservat asupra eritropoezei sunt incomplete, fiind bazate numai pe variațiile survenite în numărul hematiilor și în concentrația hemoglobinei, totuși ele ne permit să tragem unele concluzii asupra eficacității sângelui conservat în tratamentul anemiilor.

Din datele obținute de noi reiese că sângele conservat produce în toate cazurile de anemii acute, cronice și secundare o creștere remarcabilă și rapidă a hematiilor și a hemoglobinei.

În *anemiile acute* numărul hematiilor și concentrația hemoglobinei au crescut la 3—12 zile după transfuzie în medie cu 50% în raport cu valorile inițiale, în cazul hematiilor și cu 30% în cazul hemoglobinei, iar în 17 cazuri de *anemii cronice și secundare* creșterea hematiilor a fost în medie de 35,5%, iar a hemoglobinei de 38%.

Caracterul reacției survenite după transfuzie, care se traduce prin creșterea rapidă a hematiilor (2—3 zile) urmată ceva mai târziu și de mărirea hemoglobinei (6—7 zile), pledează pentru o acțiune de stimulare puternică exercitată de sângele conservat asupra sistemului eritropoetic (v. observațiile VIII, XI și XII).

Acțiunea binefăcătoare a sângelui conservat s'a evidențiat în deosebi în *anemiile tumorale*, unde creșterea hematiilor a fost în medie de 73%, iar a hemoglobinei de 53%.

Este interesant de remarcat că efectul sângelui conservat asupra eritropoezei în cazul anemiilor tumorale

rale nu se manifestă numai prin urcarea bruscă și imediată a elementelor eritrocitare, ci se continuă mult timp după încetarea transfuziilor, constând din creșterea progresivă a hematiilor (v. observația XV).

Acest efect al transfuziei poate fi explicat prin faptul că transfuzia produce nu numai ridicarea bruscă a blocării medulare, dar schimbă probabil felul de reacție defectuos al sistemului eritropoetic (Umstimmung), înlăturând prin aceasta tendința de recidivare a blocării medulare, care este atât de caracteristică anemiilor tumorale (Habelmann).

În *maladiile sanghine* efectul sângelui conservat se reduce mai mult la o acțiune de substituție trecătoare. Astfel, în două cazuri de mîeloză leucemică transfuziile nu au dat niciun rezultat, iar într'un caz de leucemie subacută au produs o ameliorare simptome a stării generale, cu dispariția leziunilor bucale, creșterea hematiilor, etc. (v. observația XVI).

Acest efect, care, după cum am mai spus, se datorește acțiunii de substituție a sângelui transfuzat, este trecător și poate fi menținut numai prin transfuzii repetate, dispărând după încetarea lor, cum s'a întâmplat și în cazul St. G. (obs. XVI), care a sucombat la o lună după sistarea tratamentului.

În al 4-lea caz de mîeloză leucemică subacută (obs. XVII), observat de noi, efectul transfuziilor a fost din cele mai interesante.

După primele 2 transfuzii bolnavul a reacționat prompt prin dispariția febrei, refacerea ulterioară a stării generale, cu scăderea enormă a leucocitelor și creșterea considerabilă a hemoglobinei și a hematiilor, însă după 3 luni în care nu s'a mai făcut nicio transfuzie, a revenit din nou în clinică cu toate simptomele unei leucemii acute (leucocite: 350.000).

În *anemiile aplastice* efectul transfuziilor în 2 cazuri a fost trecător, fiind datorit exclusiv acțiunii de substituție exercitată de grefonul sanghin și menținut numai prin transfuzii repetate, în cazul al 3-lea (obs. XXI) s'a manifestat și printr'o oarecare stimulare a eritropoezei, iar în cazul al 4-lea cu panmlelopatie și gangrena penisului, a fost cu totul neînsemnat. De altfel eficacitatea relativă a transfuziilor directe în tratamentul leucemiilor acute este amintită și de Heilmeyer în noua ediție a *Tratatului de boli interne*. Tot acolo se subliniază și utilitatea deosebită a transfuziilor în tratamentul anemiilor aplastice și al panmlelopatiei și se citează cazul lui Hurst-Kark care a putut fi menținut în viață prin 290 transfuzii timp de 11 ani.

Cercetările recente făcute de Belenky, de Gowin și Corelli au arătat că și sângele conservat exercită în cazul anemiilor aplastice o acțiune de substituție asemănătoare cu cea produsă prin sângele proaspăt, întreprinzând viața bolnavilor timp de luni și ani de zile.

Între bolnavii observați de noi au fost și 3 cazuri de anemie pernicioasă dintre care unul, datorit rezecelei de stomac n'a reacționat la sângele conservat, iar în celelalte transfuzia cu acest sânge a produs o creștere simptome a hematiilor (Obs. XIX).

Presupunerea lui Habelmann după care sângele conservat ar putea provoca în stările de insuficiență a eritropoezei din cauza șocului produs, o epulzare totală a acestora, n'a putut fi confirmată prin cercetările noastre.

Intradevăr în cazurile studiate de noi nu s'a observat nici una din modificările periferice caracteristice epulzării totale a sistemului eritropoetic (scăderea progresivă a hematiilor, dispariția reticulocitelor, etc).

În ce privește vechimea sângelui conservat întrebuințat în tratamentul anemiilor, este bine ca în toate stările în care se urmărește efectul de substituție (anemiile aplastice, panmlelopatie, agranulocitoză) vechimea sângelui să nu fie mai mare de 24 ore, în anemiile acute și cele secundare, care însoțesc stările de infecție și de intoxicație, pentru a evita supraincercarea inutilă a organismului, este bine să întrăbunțăm un sânge a cărui vechime n'a trecut de 10 zile.

În fine în anemiile cronice și mai ales tumorale, în care prin transfuzie se urmărește excitarea puternică a sistemului eritropoetic, poate fi întrebuințat orice sânge chiar și acela care a ajuns datorită vechimei la limita de utilizabilitate (3—4 săptămâni).

(continuare în numărul viitor)

Dr. V. Secărea și Dr. I. Macavei: **Transfuzia de sânge în Clinica Medicală I.**

Odată cu începutul activității românești în Clinica Medicală au fost introduse și transfuziile de sânge ca mijloc terapeutic.

La început, când ne lipsea aparatura, se administrau numai doze mici de 60—100 cc., întrebuințând mai multe seringi de 20 cc. Se extrăgea sângele de la dător și se injecta imediat la primitor, în timp ce ajutorul recolta o a doua seringă.

Pe urmă s'a utilizat sângele citratat, administrat imediat după recoltare, tot cu ajutorul seringilor de 20 cc.

S'a trecut apoi la administrarea cu aparatul lui Jubé, metodă care ne-a dat satisfacție deplină și pe care o utilizăm și azi în transfuziile directe, de la dător la primitor.

Datorită preparării sângelui conservat la Institutul de fiziologie a Universității noastre și bunăvoinței cu care D-l Prof. Benetato ne-a pus totdeauna la îndemână, cantitățile necesare, administrarea sângelui conservat și-a găsit o largă aplicare în clinica noastră.

Noi am utilizat transfuzia în bolile sanguine, bolile infecțioase, hemoragii, pregătirea preoperatorie și imuno transfuzie.

Dintre bolile sanguine amintim anemia pernicioasă, anemiile secundare, leucemiile acute și cronice, diatezele hemoragice și agranulocitoza.

Dozele preferate de noi în aceste cazuri sunt dozele mici de 100—200 cc., repetate la intervale mai dese urmărind o acțiune excitantă asupra organelor hemato-formatoare.

În agranulocitoză am întrebuințat și sânge provenit de la leucemici, intravenos sau intramuscular 40—60 cc., sau preparam înainte dătorul printr'o injecție de lapte care-i provoca o hiperleucocitoză.



Tonicul cu gust plăcut

HAEMATICUM GLAUSCH

*toți copiii îl iau
cu plăcere*

Acțiune rapidă fortificantă și hematopoetică

Comparațiune fero-manganică organică, într-o formă ușor rezorabilă. Prin adăsurile de substanțe amare aromatice, stimulează pofta de mâncare

Flacon cu ca. 250 gr.

Flacon cu ca. 500 gr.

Flaconul mare deosebit de economic!

MAX GLAUSCH, KLOTZSCHE-DRESDEN

DEP.: „PHARMAG“ S. A., BRAȘOV

**INAPETENȚĂ - ANEMIE - CLOROZĂ
ASTENIE GENERALĂ - CONVALESCENȚĂ - SCROFULOZĂ - RACHITISM**

SYMPATOL

PENTRU INIMĂ ȘI CIRCULAȚIE

Indicațiuni:

Slăbiciune vasculară cu tensiune sanguină scăzută:

Convalescență - Hipotonie - Sarcină - Turburările bătrâneții

Vătămare generală a circulației:

Gripă - Difterie - Tuberculoză - Febră tifoidă - Pneumonie

Colapsuri grele:

Operațiuni - Nașteri - Hemoragii - Șoc

Forme de comerț: lichid 10% și fiole à 0,06 gr.

Reprezentanță:

„Transmare” S.A.R. de Import și Export,
Str. Nicolae Golescu 15, București III





MAGNESIUM- PERHYDROL

Preparatul original de MgO^2

de zeci de ani
clinic încercat

Tablete á 0,5 gr.

Substanță de 15 și 25%

DARMSTADT - FABRICĂ DE PRODUSE CHIMICE - FONDATĂ 1827

Reprezentanță : Chimiroman, București I, Str. T. G. Masaryk 32.

În bolile infecțioase transfuzia are aplicație cu deosebire în hemoragiile intestinale, în febra tifoidă și dezinterii. În colita ulcer-roasă, gravă, de asemenea am obținut rezultate bune.

În hemoragiile survenite în urma ulcerelor gastro-duodenale, în pregătirile preoperatorii, în vederea operațiilor mari, traumatizante, transfuzia de sânge ni s'a părut totdeauna necesară.

În câteva cazuri de endocardită lentă unde am putut cultiva streptococul din sângele bolnavului am aplicat imuno-transfuzia, administrând în prealabil dătorului vaccinul preparat cu streptococul dela bolnav. Rezultatele au fost satisfăcătoare dar nu durabile.

Accidentele survenite în cursul sau în urma transfuziilor făcute în clinica noastră au fost de minimă importanță: cefalei, dureri în lombe, transpirații, ascensiuni febrile cu frisoane uneori, fenomene de intensitate și durată scurtă. Noi atribuim aceasta faptului că am întrebuițat totdeauna doze mici. Cazuri mortale nu am avut.

Nu am observat accidente în urma utilizării sângelui conservat. O singură dată un bolnav a făcut o urticarie cam la opt ore după transfuzie, dispărând apoi în decurs de câteva ore. Acestui bolnav i s'au făcut transfuzii repetate cu sânge conservat, accidentul de mai sus survenind o singură dată.

În utilizarea transfuziei de sânge atât natural cât și conservat, am ținut seama de anumite contraindicațiuni și anume: cardiopatii, pneumonie, bronhopneumonie, emfizem, astm, afecțiuni în care transfuzia de sânge poate provoca insuficiența cordului drept, graviditatea, nefritele, trombozele, granuliile baccilare, insuficiența hepatică.

În concluzie, în clinica noastră întrebuițăm aparatul lui Jubé, care, după cum am spus și la început, ne-a dat deplină satisfacție. Preferăm transfuziile cu doze mici, bazându-ne mai mult pe acțiunea excitantă a sângelui transfuzat iar nu pe proprietatea lui substitutivă.

Cantitățile mari să fie întrebuițate numai acolo unde s'a pierdut mult sânge prin hemoragii și unde hemoragia încă nu s'a oprit. Pericolul dozelor mari constă în faptul că îngreunează prea mult inima dreaptă, ajungându-se la stază în urma căreia poate surveni o paralizie cardiacă. De asemenea prin dozele mari există pericolul ca să se manifeste proprietățile hemolitice ale serului transfuzat.

Experiența noastră cu sângele conservat este încă destul de redusă și nu ne permite să tragem o concluzie definitivă. Față de transfuzia directă prezintă avantajul că e foarte simplă, nu necesită nicio aparatură complicată, avem sângele oricând la dispoziție fiind accesibil oricărui medic practician.

Sângele conservat nu dă decât accidente minime, fără importanță.

Amintim cazul unui bolnav căruia i s'au făcut mai multe transfuzii cu sânge conservat, dela aceeași persoană, dător universal, totdeauna foarte bine suportate. Odată i s'a administrat sângele și prin transfuzie directă (dela același dător); reacționând prin temperatură și frisoane puternice.

În ordinea preferinței noi utilizăm sângele provenit dela dătorii universali, prin transfuzie directă sau conservat; sângele omolog, dacă este dintr'o subgrupă poate da fenomene de aglutinare.

Înainte de a încheia amintim că la Cluj am avut un dător universal dela care s'au transfuzat 60 kgr. sânge, fără să observăm vreodată cel mai mic inconvenient.

Dr. Al. Ciplea: Transfuziile de sânge și aplicarea lor în Clinica Medicală II.

Dela procedeele hemoterapice empirice ilustrate prin metoda de întinerire a vrăjitoarei Medea din Kolchis nu s'au făcut

până în zilele noastre decât trei salturi: primul de Richard Lower (1666) și Jean Denis — cu Emerez — (1667), care au efectuat întâile transfuzii la animale, respective la om; al doilea de Landois, — Panum, Du Corne (1873), care au pus bazele metodei indirecte prin utilizarea sângelui defibrinat; iar al treilea prin Jeanbreaux (în cursul războiului mondial), dela care s'a început transfuzarea sângelui conservat. Această metodă a fost recent aplicată pe o scară întinsă de către germani (meritul e mai ales al lui Schilling), iar la noi s'a încetățenit grație realizării centrului de transfuzie și procedului Profesorului Benetato. S'a ajuns astfel să se poată transfuza sânge conservat până la o limită maximă de 5 săptămâni. Cât privește transfuziile cu sânge recoltat dela cadavre, noi nu avem o experiență, iar datele ce ni le oferă literatura sunt foarte controversate. Dar indiferent de procedeul utilizat, transfuziile sangvine s'au dovedit a fi un mijloc terapeutic de primul ordin, săvârșind adevărate minuni. De aceea ele se aplică azi pe o scară tot mai întinsă. Lang și Schwegk insistă totuși ca acolo unde nu se poate efectua o transfuzie să se administreze ser sangvin; iar Budelmann atrage atențiunea asupra faptului că nu trebuie uitat că atunci când într'o situație alarmantă nu se poate avea la timp un donator potrivit sau sânge conservat, adesea se poate remonta bolnavul printr'o infuzie de ser fiziologic (ce înlătură pomparea în gol a inimii).

Experiența vastă pe care o au clinicile face ca cei ce trec prin ele să nu asiste la accidente în cursul transfuziilor. În condițiuni de lucru mai puțin prielnice, accidentele se produc însă. Dar trebuie știut că aceste accidente sunt de mai multe feluri și nu toate au gravitate. Sofortreaktion este accidentul imediat reprezentat prin hemoliza acută, foarte periculoasă, datorită incompatibilității sangvine. Remarcăm faptul că existența unei hemolise acute trebuie probată imediat, altfel hemoglobina dispăre prin filtrul renal. Nachreaktion este reacția imediată reprezentată prin frisson, febră, etc.; de obicei inofensive, reacțiuni de acompaniament datorite unor reacțiuni proteice — puse de unii pe seama unor mecanisme alergice. Spätreaktion: icter, etc., sunt fenomene datorite mai mult maladiei de bază. Important de reținut este faptul că adevăratul accident al transfuziilor este numai hemoliza acută. Aceasta se instalează foarte curând (la $\frac{1}{2}$ —1 minut) după introducerea sângelui. Cât privește transfuziile dela același individ, ele se pot face repetat liniștit. Dacă e să se producă o reacție, o observăm din primul moment. Pericolul infecțiilor e mai mare la sângele conservat. Burkle de la Camp zice că trebuie să fim la fel de precauți în materie de asepzie ca la o operație articulară. În transfuzarea sângelui conservat trebuie ținut seama că nu toate conservele de sânge au durată maximă. Semnul că o conservă nu mai e bună, înafară de suprainfecție, e producerea unei hemolize. Fischer arată că acest lucru îl putem ști chiar înainte de producerea hemolizei, din creșterea kaliumului în plasma sangvină — trecut din hematii, unde se află în proporție mai ridicată. Trebuie accentuat asupra faptului că accidentele, foarte frecvente înainte de introducerea probei biologice a lui Oehlecker și de determinarea grupului sangvin, se mai pot produce și azi, fie datorite unor erori de tehnică, fie pseudoaglutininelor, izoaglutininelor, fie posibilității prezenței în sângele donatorului a unor factori ca cel întâlnit în anumite anemii ale gravidelor — evidențiat destul de recent de englezi și controlat de germani — factorul Rh, care la oameni se recunoaște printr'un ser obținut prin injectarea de ematii de maimuță Rhesus la cobai.

Experiența clinice a demonstrat că, dacă se respectă regulile pentru selecționarea donatorului (examinări sangvine, frotiu, hemoglobină, picătură groasă, V. S. H., R. W., etc.), dacă se întrebuițează teste controlate pentru determinarea grupei sangvine și dacă se face la începutul transfuziei proba biologică a lui Oehlecker, transfuzia se poate efectua totdeauna în bune condițiuni.

Câmpul de indicații al transfuziei sangvine este foarte vast. Am putea spune că numai poliglobulia și emoragiile pulmonare din cavernele Tbc nu sunt indicate. Dar cea mai importantă indicație sunt emoragiile acute mari. Notăm necesitatea de oprire a izvorului sângerării înainte de transfuzie, pentru ca aceasta să nu fie în van. În ulcerul gastric și duodenal transfuzia poate fi salvatoare la hemoragiile fudroyante. În multe cazuri operația a putut fi evitată. Transfuzia o recomandă chiar și Finsterer, Boller afirmă că în aproape toate cazurile lui transfuzia a putut face să fie evitată operația. În multe cazuri se confirmă constatarea lui Keyne că după o transfuzie de sânge durerile ulcerose dispar și ele. Excelente rezultate mai comunică Rachwalsky în colita ulcerosoasă. Cât privește bolile sangvine, azi transfuzia e mai puțin aplicată ca înainte din pricina terapiei cu ficat a anemiei pernicioase, care e tratată acum și cu transfuzii numai în cazurile foarte grave sau când dorim să scurtăm timpul de tratament spitalicesc. Diatezele emoragice sunt foarte bine influențate prin transfuziile sangvine. Deosebit de favorabil reacționează limfogramulomatoza febrilă. Radioterapia poate fi astfel mai bine suportată și mai cu efect. Literatura franceză aduce nenumărate cazuri de leucemie și umori maligne tratate prin transfuzii. În leucemia mieloidă recurgem la transfuzie numai când e asociată de un sindrom hemoragipar. Transfuziile sunt recomandate la leucemiile limfatice evoluând cu anemie. În agranulocitoză rezultatele sunt slabe, mai ales la cea post radioterapică. Totuși e a se aplica mai departe, cunoscându-se în literatură cazuri vindecate. Imunotransfuzia nu a răspuns așteptărilor în bolile infecțioase. Azi se mai dă numai sânge de convalescent. Importantă e transfuzia la scarlatină și difterie. Sângele de convalescent dă rezultate admirabile în difteria malignă. Apoi, la fel, în poliomielița epidemică. Tifosul nu e influențat. Totuși în tifos e mai bună transfuzia ca serul. Rezultate minunate se obțin în disenterie și holeră. La fel în meningita epidemică. Adeseori transfuzia salvează viața în malarie. În septicemiei transfuzia e cea mai bună metodă. E a se aplica precoce și repetat, 250—300 cc. Donatorul să nu fie din familie, căci e aceeași moștenire constituțională, ce nu poate lupta împotriva agentului microbial. Un câmp vast are transfuzia în conșelații, arsuri, intoxicații (și cu gaze de luptă).

S'a pus întrebarea dacă e posibil ca sângele conservat să înlocuiască transfuzia directă. Boller (din Viena) zice că deși sângele conservat s'a dovedit excepțional și s'a referat asupra întrebării lui și din clinica lui Schönbauer și altele, totuși sângele conservat — din pricina hemolizei ce se produce după un timp — să fie întrebuințat numai acolo unde o transfuzie directă nu este posibilă (și aseamănă în cele din urmă sângele conservat față de sângele proaspăt, cu alimentele conservate față de o bucătărie normală). Față de această părere, Hötzel din clinica lui Bergmann arată că descoperirea transfuziei sangvine cu indicațiile ei tot mai târgite a adus cu sine dorința de a putea efectua transfuzii necondiționate de donator, fără pregătiri deosebite, la orice oră; iar experiența clinicilor berlineze în materie de utilizarea sângelui conservat este concludentă, metoda fiind recomandată nu numai pentru hemoragiile de ordin chirurgical, ci și în afecțiunile de ordin medical.

În Clinica Medicală II, în răstimpul funcționării ei la Sibiu s'au efectuat 53 transfuzii. Din acestea 22 au fost transfuzii directe, iar 31 transfuzii de sânge conservat după procedeul Benetato. S'au făcut 3 transfuzii la anemia pernicioasă, 1 la panmielofizie, 1 la trombocitopenie cu sindrom hemoragipar, 8 la leucemii, 6 la anemii secundare (focare de infecție dentară, anexită-colită, tbc pulmonar, osos, tbc intestinal, flegmoane), 6 la anemie secundară stomacului operat, 3 la sindrome hepatosplenomegalice cu anemie secundară, 10 în tratamentul ulcerelor tubului digestiv, 7 ca tratament preoperator pentru ulcerul tubului digestiv, stenoze pilorice, aderențe periviscerale, 5 ca tratament preoperator

al cc. gastric, intestinal, 2 ca tratament preoperator al litiazei biliare, tumori abdominale inflamatorii, 1 ca tratament postoperator al chistului hidatic pulmonar. Nu s'a depășit nici într'un caz cantitatea de 350 cc de sânge, dându-se în medie 200—250 cc la o transfuzie. (De altfel e cunoscut efectul excitant al hematopoezei prin doze mici de sânge). Efectul bun — obținut aproape în totalitatea cazurilor — s'a judecat din influențarea datelor sangvine, precum și din starea generală a bolnavilor și evoluția bolii după transfuzie. Cât privește accidentele, datorită selecției riguroase a donatorilor în transfuziile directe, utilizării în celelalte cazuri a sângelui conservat după procedeul Benetato, precum și executării în toate cazurile a probei biologice a lui Oehlecker, nu am avut de înregistrat niciun caz de Sofortreaktion, câteva cazuri, fără nicio gravitate, de Nachreaktion (frissonete, febră) și niciun caz Spätreaktion. Sângele conservat a fost la fel de bine suportat ca și sângele proaspăt. Mai mult chiar: la un caz o transfuzie directă de sânge a produs un frisson cu febră, ceea ce nu s'a repetat după transfuziile cu sânge conservat. Experiența clinice a demonstrat că utilizarea sângelui conservat după procedeul Benetato reprezintă un mare beneficiu, atât prin efectul, la fel de bun ca al sângelui transfuzat direct, cât și prin simplitatea tehnicei transfuziei. Iar posibilitatea ce a creat-o de a avea totdeauna la îndemână sânge gata pentru a fi transfuzat, a soluționat problema greutății găsirii donatorului potrivit pentru nevoile de transfuzii urgente.

Prof. Dr. Al. Pop și Dr. A. Nana: Transfuzia cu sânge conservat în chirurgie.

Transfuzia de sânge este tratamentul cel mai eficace pe care îl avem în toate cazurile, unde trebuie să luptăm pentru salvarea sau pentru întărirea organismului slăbit prin hemoragie, colaps, infecție ori intoxicație.

În chirurgie, transfuzia de sânge este indicată ca măsură preventivă pentru a mări rezistența organismului față de colapsul operator. Această problemă a fost larg desbătută la Congresul Internațional de Transfuzie din Paris din 1937, unde s'a stabilit următoarele indicațiuni ale transfuziei de sânge înainte de intervenție: tendința la hemoragii, la infecțiuni și la dezechilibru vaso-motor; iar după intervenții hemoragie, colapsul operator, boala postoperatorie, infecțiunea și stările septice. În general se atribuie transfuziei de sânge în chirurgie o acțiune adjuvantă, ajutând procesul de vindecare o acțiune declanșantă, mobilizând elementele de apărare, o acțiune corectivă prin aportul de substanțe necesare organismului și o acțiune reechilibrantă asupra sistemului vaso-motor (Gingold).

De multe ori indicația unei transfuzii de sânge poate să devină urgentă și din acest motiv este necesar să putem dispune oricând și la orice oră de acest medicament prețios sângele.

Această terapie însă de cele mai multe ori întâmpină mari greutăți, din cauza unei bune organizațiuni a dătorilor selecționați. De obicei dătorii de sânge profesioniști din cauza exigenței lor în ceea ce privește câștigul material sunt inaccesibili bolnavilor mai săraci, iar dătorii voluntari, ocazionali din anturajul bolnavului de obicei sunt incompatibili. Afară de acest mare neajuns ei prezintă și o nesiguranță pentru receptor din cauza posibilității transmiterii unei boli infecțioase de care nici nu au cunoștință. Pe de altă parte, se cunoaște repulsiunea preformată, față de ideea de a da sânge și cât este de greu de a capacita și a convinge oamenii despre utilitatea și beneficiile transfuzii și despre benignitatea operațiunii.

Cu toate acestea grație străduințelor Prof. Gr. Benetato a luat ființă la Institutul de Fiziologie al Facultății de Medicină din Cluj-Sibiu un centru de transfuzie și conservare a sângelui, cu menirea de a recolta și selecționa donatori în vederea transfuziilor directe și indirecte atât pentru răniții Spitalelor Z. I., cât și pentru bolnavii Clinicelor Universității noastre.

Sângele conservat prin metoda de stabilizare a Prof. Gr. Benetato este un sânge puțin diluat, având numai 7 cc. din amestecul conservant la 100 cc. de sânge. Lichidul stabilizant și conservant utilizat de Centrul de transfuzie Sibiu este un amestec de gluco-citrat, fiind compus dintr-o soluție de citrat de sodiu 30% și o soluție de glucoză 40% într-o proporție de 3:4. Prin această concentrație optimă, sângele stabilizat al Prof. Benetato este un sânge care se apropie foarte mult de cel normal. Un alt avantaj pe care-l prezintă acest sânge, este că nu trebuie filtrat înainte de transfuzie, operațiune care îngreunează foarte mult actul transfuziei și prezintă o nesiguranță pentru bolnav din cauza existenței micro-chiagurilor în sânge.

Deși numărul transfuziilor efectuate în Clinica Chirurgicală cu sângele conservat al Prof. Benetato este încă destul de redus, totuși putem afirma, că în toate cazurile transfuzia ne-a servit scopul, dând satisfacții depline.

Până în prezent am realizat în Clinica noastră 23 de transfuzii cu acest sânge la un total de 11 bolnavi. La niciunul dintre cazurile noastre nu am observat niciun accident. Astfel lăsând laoparte accidentele grave de edem acut pulmonar, ictere hepatice, cazuri de uremii prin blocarea rinichilor mai ales la bolnavii cu leziuni renale anterioare semnalate de Plummer, Weiss, Brunner și alții, în urma transfuziilor cu sânge conservat, dar nici frisoane accese febrile, erupțiuni urticariene, eriteme persistente, dureri articulare, turburări nervoase, fenomene care sunt fără urmări și au o tendință trecătoare nu am observat. Acest fapt prezintă o importanță deosebită, intru cât prezența frisoanelor, acceselor febrile și-a celorlalte fenomene chiar trecătoare să fie, scad acțiunea terapeutică a sângelui transfuzat.

Sângele conservat al Centrului Sibiu s'a dovedit a fi mult superior sângelui întrebuințat de noi mai înainte atât la Spitalul Militar cât și în Serviciul Clinice Chirurgicale unde pentru stabilizare am folosit serul I. P. K. sau I. H. T. modificat de naționaliștii spanioli în cursul războiului civil din Spania.

Inconvenientul pe care-l prezintă utilizarea serului I. P. K. este necesitatea introducerii unei cantități mari de lichid în cazul unei transfuzii masive diluția fiind 1:1. Pe de altă parte în majoritatea cazurilor după aceste transfuzii am observat ușoare accidente tardive, care au apărut la un sfert de oră după transfuzie sau mai târziu și pe care le-am combătut sau în ultimul timp le-am prevenit cu câte o injecție de Reticulină, care în toate aceste cazuri s'a dovedit de a fi de un real folos.

Asupra cantității de sânge de transfuzat, mai ales în cazuri de hemoragii acute, părerile variază mult. În clinica noastră în cazuri grave de pierderi de sânge în general nu dăm niciodată mai mult de 400—500 cc. de sânge pur la început. Dacă este nevoie de a mări debitul sanghin, pentru completarea circuitului putem face o nouă transfuzie, fie mai des o infuzie intravenoasă de ser Glucozat picătură cu picătură după rețeta Prof. Dr. Al. Pop. În celelalte cazuri suntem partizanii dozelor mici sau mijlocii repetate de 50—200 cc.

Fără să descriem observațiile noastre pe larg, cazurile unde am aplicat transfuzie cu sânge conservat dela Centrul de transfuzie Sibiu au fost:

2 cazuri Anemii canceroase, 5 transfuzii; 1 caz Anemie în urma unei sarcini extrauterine ruptă cu inundație peritoneală, 1 transfuzie; 2 cazuri Anemii consecutive unor hemoragii după strumectomie Basedow, 2 transfuzii; 1 caz Hematemeză înainte de operație de stomac, 1 transfuzie; 1 caz Anemie, Insuficiență hepatică, Agiolcolită septică, 3 transfuzii; 1 caz Anemie consecutivă unei hemoragii secundare, 1 transfuzie; 1 caz Stare septică, Anemie, 3 transfuzii; 1 caz Stare septică, Abces subfrenic, 2 transfuzii; 1 caz Trombocitopenie, Anemie gravă, 5 transfuzii.

În toate cazurile am observat că bolnavii au beneficiat foarte mult de pe urma transfuziilor practicate.

Dacă aruncăm o privire generală asupra cazurilor noastre reiese că la toți bolnavii după transfuzie s'a observat o ameliorare evidentă a stării generale, o mărire a titrului hemoglobino-metric și a numărului hematiilor.

În unele cazuri de ale noastre, cum a fost în cazurile anemiilor canceroase, în cazul insuficienței hepatice cu angiolcolită și în stările septice sângele deși a fost transfuzat uneori după o conservare de 18 zile nu a prezentat nicio nocivitate, fiind tolerat fără niciun inconvenient.

În concluzie, transfuzia cu sânge conservat prezenta o serie de avantaje, care a contribuit în largă măsură la răspândirea lui în ultimul timp.

În lumina nouilor cercetări s'a stabilit că atât eficacitatea cât și rezultatele terapeutice ale sângelui conservat sunt indiscutabile, sângele păstrând toate caracterele lui câteva zile. Aceasta nu înseamnă că un sânge mai vechi este impropriu pentru transfuzii, astfel în cazurile de hemoragii sângele mai vechiu s'a dovedit a fi mai eficace, având o acțiune coagulantă mai mare, având în același timp o acțiune favorizantă mai intensă asupra hemato-poezei, decât sângele nativ sau proaspăt.

Din punctul de vedere al siguranței, prin transfuzie cu sânge conservat nu riscăm o eventuală contaminare nici a donatorului nici a receptorului cu sifilis, malarie sau cu o altă afecțiune transmisibilă, cum s'a întâmplat cu ocazia transfuziilor directe.

Din punct de vedere tehnic actul transfuziei este simplu și rapid, întrebuințând fie o seringă Popescu, Jubé sau două seringi de câte 20 cc., transformând actul transfuziei dintr-o manoperă de specialist într-o simplă injecție intravenoasă.

Și în fine amintim avantajele și superioritatea sângelui conservat a Centrului de transfuzie Sibiu a cărui concentrație este optimă, permițând ca transfuzia să nu fie urmată de niciun accident.

Prof. Dr. Gh. Popoviciu, Dr. E. Mihalca și Dr. Oct. Pop: **Transfuzia sanghină în Clinica infantilă.**

Importanța transfuziilor de sânge la copii, a crescut foarte mult în ultimul timp, pe măsură ce, s'a reușit prepararea de sânge conservat.

La Cluj transfuziile de sânge erau ceva mai rare în Clinica infantilă, din cauza dificultăților legate de găsirea donatorului. În ultimul timp la Sibiu, grație înființării Centrului pentru prepararea și conservarea sângelui, transfuziile sanghine au devenit ceva mai numeroase în Clinica noastră, din cauza procurării mai ușoare a sângelui pentru transfuzii. Bolile în care am aplicat transfuziile sunt puțin deosebite de ale adultului.

În special am aplicat transfuziile sanghine cu sânge conservat în turburările de nutriție acute și cronice (în toxicoze și distrofii), unde am obținut rezultate de-a dreptul surprinzătoare. În cazuri extrem de grave de toxicoză (la copiii de 8, 10 luni și 1 an) s'au obținut ameliorări rapide și vindecări prompte după transfuziile cu sânge conservat. În urma transfuziilor repetate dispărea starea toxică, alterarea stării generale și a conștiinței; temperatura și pulsul reveneau la normal; vărsăturile și scaunele se îmbunătățeau; deshidratarea, starea de acidoză și exicoză dispăreau la fel.

Un alt capitol important de indicațiuni pentru transfuzii sunt anemiile copiilor. În anemiile grave după emoragii (melene și emoragiile noilor născuți, etc.), trebuiesc administrate transfuzii urgente și în cantități mari, în raport cu pierderea de sânge. În toate acestea anemii, cât și în cele postinfecțioase, în anemiile grave de tip pernicios, anemiile pseudoleucemice, anemiile aplastice și în agranulocitoză se pot obține rezultate foarte frumoase. Noi am avut rezultate într'adevăr uimitoare mai ales la un copil de 3¹/₂, cu anemie gravă aplastică, cu splenomegalie, unde am obținut o ameliorare bruscă a stării profund toxice și o vindecare rapidă,

deși cazul era considerat de medicii curanți ca și pierdut. Un rezultat frumos am mai obținut într-o anemie gravă după malarie terță.

Tot un rezultat foarte frumos am obținut la o fetiță de 6 ani, cu o formă foarte gravă de poliomieltă anterioară acută, cu paralizie ascendentă de tip Landry, printr-o vindecare și restabilire completă, după transfuzii repetate de sânge conservat și doze mari de Tetrofan intralombar. În alte trei cazuri de poliomieltă (copii de 10 luni, 2 ani și 3 ani 8 luni) — venite târziu — am obținut numai ameliorări remarcabile.

Recent la o fetiță de 14 zile, cu o formă foarte gravă de dermatită exfoliativă Ritter, cu o stare generală extrem de toxică, cu anurie și paralizie intestinală, ameliorarea și vindecarea rapidă s'a produs după transfuzii repetate de sânge conservat, (caz care de altfel a fost subiectul unei comunicări anterioare în fața Onoratei Societății). La un copil de 11 ani cu empiem putrid am obținut ameliorări vizibile dar trecătoare, prin transfuzii repetate cu sânge conservat, reușind să prelungim viața copilului luni de zile, dar fără să-l putem salva, din cauza stării generale extraordinar de compromise și a leziunilor pulmonare bacilare.

La doi copii de 1 an și 8 luni și de 13 ani cu granulie pulmonară s'a obținut o ameliorare a stării generale, scăderea trecătoare a temperaturii, o revenire a pozei de mâncare. Cazurile fiind încă în curs de tratament nu putem da rezultate concludente și definitive. La un copil de 1 an și 4 luni cu distrofie, gravă și piurie s'a observat o ușoară ameliorare după transfuzii repetate de sânge, conservat. Fiind și el sub tratament nu putem să ne pronunțăm definitiv.

În afecțiunile aparatului respirator, în pneumonii și, bronchopneumonii am întrebuințat mai puțin și cu rezultate mediocre. Avem convingerea că în aceste afecțiuni e mai indicată autoemoterapia, emoterapia specifică cu ser dela convalescent (de gripă, bronșită) sau emisii de sânge urmate de transfuzii.

Acțiunea terapeutică a sângelui conservat e din cele mai bine făcătoare, prin anticorpii care-i conține, prin puterea anti-toxică și antiinfecțioasă. Sângele transfuzat are o acțiune de substituie pe lângă acțiunea sa nutritivă și de creștere, datorită substanțelor proteice susceptibile de a fi asimilate direct de organismul copilului. Transfuzia sanghină mai are o acțiune emostatică de idratare a organismului și de stimulare a organelor ematopoetice ale copilului.

În total am aplicat transfuzia cu sânge conservat în 15 cazuri. Tehnica transfuziilor a fost următoarea: sângele a fost injectat în sinusul longitudinal superior la copiii de sân sau în vinele dela plica cotului la copiii mai mari. Se mai poate injecta în vinele jugulare externe (grijă mare la dilatația acută a inimii drepte), în vena femorală și în vena safenă externă. Se administrau primele 5—10 cmc. foarte încet, în 5—6 minute, după care se făcea o pauză de 5 minute, pentru a observa reacțiunea organismului. Dacă în acest timp copilul nu prezenta nicio acțiune de intoleranță, se continua transfuzia injectându-se 10—15 până la 20 cmc. sânge conservat pe kgr. greutate. La caz de nevoie se putea repeta în aceeași zi sau în zilele următoare. La copiii deshidrați și sub alimentați cantitatea de sânge poate fi mai mare, de 20 chiar până la 50 cmc. pe kgr. greutate.

Accidentele transfuziei sanghine la copil sunt mai rare și ușor de evitat. Accidentele mecanice (dilatația acută a inimii, edemul pulmonar) se datoresc injectării prea repezi sau unei cantități prea mari. Singurele accidente serioase sunt cele date de nepotrivirea grupelor. În cazurile noastre și aceste accidente au fost evitate întrebuințându-se numai sânge conservat din grupa IV (donator universal). Astfel că n'am avut niciun accident, nici în timpul și nici după transfuzie. N'am observat în niciun caz stări de șoc cu colaps, febră sau frisoane, emoglobinurie sau albuminurie, sau stări de paloare și transpirații, convulsii și neliniște și

nici fenomene de urticarie. Doar într'un singur caz am observat în timpul transfuziei o ușoară roșeață a feței, o tahipnee, și tahicardie și de scurtă durată.

In concluzie: În toate cazurile de transfuzie de sânge conservat după procedeul Prof. Benetato, am observat o ameliorare evidentă a stării generale, o ameliorare a întregului tablou al boalei, dispariția stării toxice, scăderea febrei, o creștere și ameliorare a elementelor sanghine, revenirea pozei de mâncare și a bunei dispozițiunii și o reconfortare generală a organismului.

Transfuzia de sânge conservat după procedeul Prof. Benetato nu ne-a dat niciun accident și n'a produs niciun fenomen toxic, de intoleranță. Cazurile noastre în majoritate copii mici (sensibili, la orice acțiuni nocive) arată toleranță perfectă și lipsa de nocivitate a sângelui conservat.

Transfuziile cu sânge conservat au o importanță practică fiindcă pot fi întrebuințate la orice copil, indiferent de grupa sanghină, în orice loc și în orice moment.

Prof. G. Buzoianu, G. Popovici și I. G. Russa: Transfuzia sanghină în clinica O. R. L.

Odată cu instalarea clinicii O. R. L. din Cluj în provizoriul Sibiu, ea a simțit nevoia practicării transfuziilor sanghine în unele diferite împrejurări. Asupra transfuziilor practicate în clinica O. R. L. în Cluj, colaboratorul nostru Bazil Târnavăanu a arătat indicațiile și tehnica utilizată de noi acolo, în diferite lucrări. De asemeni unul din noi, în volumul asupra meningitelor otice, a insistat în mod special asupra transfuziilor în meningite și asupra tehnicii întrebuințate în clinica noastră din Cluj. În Sibiu, indicațiunile și tehnica noastră de transfuzii sunt în linii generale identice celor pe cari le-am pus în practică în Cluj. Ceea ce este nou aici pentru noi, este sângele conservat pe care l-am avut la dispoziție prin bunăvoința Institutului de Fiziologie în unele cazuri. Ne vom limita în rândurile de față să arătăm pe scurt cari au fost cazurile în cari am utilizat transfuzia, cari au fost rezultatele și care a fost tehnica întrebuințată.

Am întrebuințat transfuziile în următoarele împrejurări în cursul refugului nostru:

în septicemiile cu punct de plecare amigdalo-faringean
în meningitele otice

în septicemiile otice cu sau fără trombo-flebită a sinusului lateral.

In septicemiile cu punct de plecare faringo-amigdalian. Am utilizat transfuziile în trei asemenea cazuri, alături de tratamentul chimioterapic sulfamidat. Numărul transfuziilor utilizate a fost patru, două într'un caz și câte o transfuzie în celelalte două cazuri. Două transfuzii au fost directe, iar alte două cu sânge conservat.

In meningitele otice. Dela introducerea tratamentului sulfamidat în meningitele otice, am utilizat putem spune în mod constant transfuziile. În aceste împrejurări transfuziile au drept scop principal să neutralizeze hemoliza pe care o provoacă dozele masive de sulfamidă necesare în cazurile de meningită otică. Am avut până acum în Sibiu două meningite otice. Într'un singur caz am practicat două transfuzii, în celalalt caz vindecarea s'a produs fără să mai fie nevoie de a apela la transfuzie. Acest ultim caz este unul din rarele observațiuni în care să nu fie nevoie de transfuzie, luând în considerare dozele ridicate și prelungite de sulfamidă pe cari le utilizăm în cursul meningitelor. Cele două transfuzii făcute în Sibiu până acum în meningită, au fost făcute cu sânge conservat.

In septicemiile otice cu sau fără trombo-flebită a sinusului lateral. Septicemia otică necesită de asemeni în cele mai numeroase cazuri transfuzia. Chiar înaintea erei sulfamidice, transfuzia se utiliza în septicemiile otice în scop antiseptic și în scop tonic general. Odată cu introducerea sulfamido-terapiei în septicemiile otice, rostul transfuziei este încă acela de a obvia efectele hemo-

Tratamentul ȘANCERULUI MOALE

și COMPLICAȚIILOR SALE

Prin injecțiuni intramusculare

cu :

VACCIN ANTISTREPTOBACILAR**„NICOLAU-BANCIU”**

din surse polivalente de Bacili Ducrey

VACCINUL ANTISTREPTOBACILAR

Este foarte bine tolerat. Nu dă șoc, nici febră, permițând tratamentul ambulatoriu.

PREZENTAREA: Cutii cu 6 fiole à 2 cmc.

Medicamentul suveran al boalelor gastro-intestinale,
de natură toxi-infecțioasă, la copii și adulți,
nu este decât:

„Lactoferment
Dr. Robin”

36 ani de existență 1907-1943

Emulsie pură de ferment lactic viu, care transformă în acid lactic nascând diferite substanțe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinal, conlucrând în acest mod la nimicirea agenților microbieni patogeni.

DOZE: COPIII până la 3 ani o linguriță la oră.
COPIII dela 3 ani în sus câte 2 linguri
înaintea meselor.
ADULȚII 3-4 linguri înaintea meselor.

Indicat în: enterite acute și cronice la copii
și adulți, erizeme, acnee, foliculite, furun-
culoasă, urticaria, libaciloză, etc.

Estetica feței**VACCIN MICROBACILAR ANTIACNEIC****Conf. Dr. SĂRĂȚEANU**

INDICAȚIUNI:

Toate formele pustuloase de ACNEE VULGARĂ facială.

Indicațiuni secundare: ACNEE ROZACEE.

Toleranță locală și generală perfectă

Pentru literatură și eșantioane a se adresa:

LABORATOR „Dr. A. BANCIU”

BUCUREȘTI, str. Regală Nr. 10 (Etaj) — Telefon 584.29.

THIONAÏODINE

INJECTABILĂ A & B

*maladia reumatismală cronică
și sindromele sale dureroase*

COMPRIMATE

*carență de sulf
reumatisme cronice*

PRODUSE ATOXICE
INECȚII INDOLORE



ACȚIUNE CURATIVĂ
FĂRĂ REACȚIUNI

NAÏODINE

NORMALĂ A & B

toate algiile — nevraxite și secuale

SURACTIVÉE

NAIODINE + VITAMINE B₁

nevrite și polinevrite infecțioase și toxice

A intramusculară: două miligr. Vitamină B₁
pe fiolă de 10 cc.
Cazuri de gravitate mijlocie.

B intravenoasă: un centigr. Vitamină B₁
pe fiolă de 10 cc.
Cazuri grave.

LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS ISSY-LES-MOULINEAUX PARIS

Eșantioane și Literatură la cerere

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R., BUCUREȘTI I. Str. Sf. Ionică No. 8

lizei pe care o poate produce chimioterapia sulfamidată. În trei cazuri de septicemii otice, două însoțite de trombo-flebita sinusului lateral și una fără trombo-flebită a acestui vas, am practicat cinci transfuzii. Trei din aceste transfuzii au fost făcute cu sânge conservat, iar două cu sânge recoltat direct dela un donator general.

Se vede din expunerea de mai sus că am avut ocazia în Sibiu să utilizăm transfuziile numai în cazuri de infecțiuni grave cu punct de plecare oto-rino-laringologic. Nu am avut ocaziunea de a face transfuzii în clinică pentru hemoragii cari să aparțină domeniului specialității noastre.

Tehnica utilizată este aceea pe care am practicat-o în Cluj, adică transfuzia cu ajutorul aparatului tip Marin Popescu, aparat care se pretează perfect acestui gen de operațiune. Asupra avantajelor acestui aparat și asupra calităților pe care tehnica utilizată cu acest aparat o are, am insistat împreună cu colaboratorii noștri în lucrările noastre anterioare. Simplitatea și siguranța transfuziilor prin această metodă este astfel, încât nu avem niciun motiv să ne gândim la altă tehnică. Aceasta atât timp cât nu s'o ivi o perfecționare, alta pe care de altfel încă nu o putem vedea în prezent. De aceea transfuzia prin metoda enunțată ni-se pare astăzi că împlinește cerințele ideale ale tehnicii. Nu insistăm evident asupra condițiilor de a avea un donator cu vene bune, de a întâlni bolnavi de asemeni cu vene suficient de vizibile și largi. Dar aceste condiții sunt în realitate schimbătoare oricare ar fi aparatul întrebuințat, încât ele nu țin propriu zis de perfecțiunea utilajului tehnic, ci de condițiile clinice. Într'un singur caz de transfuzie la un copil de 11 ani a trebuit să introducem sângele cu ajutorul direct al unei seringi obișnuite, din cauza fineței venelor sale. Cu toate acestea, la un alt copil de 12 ani cu trombo-flebită, transfuzia s'a putut executa cu aparatul Marin Popescu în condițiuni bune, tocmai din cauza volumului suficient al venelor sale.

Rezultatele obținute. Rezultatele obținute pot fi menționate pentru transfuziile directe și pentru transfuziile cu sânge conservat.

Pentru transfuziile directe rezultatele obținute sunt cele clasice cunoscute și menționate în întreaga literatură medicală. Chiar în infecții, transfuziile au drept rezultat imediat o refacere a forțelor și o stimulare a întregului organism, sângele fiind lichidul vital care reinviază puterea de viață. În cazurile în care prin tratament sulfamidat concomitent s'a produs o hemoliză, refacerea globulelor este aproape imediată. Numărul hematiilor crește cu trei-patru-cinci sute de mii pentru o cantitate de două-trei sute grame sânge. Din experiența noastră notăm aici că donatorii generali ni se par preferabili donatorilor cari fac parte din aceeași grupă cu bolnavul.

Pentru transfuziile cu sânge conservat rezultatele sunt de asemeni bune și comparabile celor din transfuziile directe, cu condiția ca sângele conservat să fie cât mai recent. Nu este fără interes să menționăm că am practicat o transfuzie cu sânge conservat de trei săptămâni (în lipsa altuia) și am notat rezultate tocmai inverse celor obținute prin transfuzii în general. Bolnavul a făcut un frison prelungit de două ore, temperatura s'a ridicat dela 37,5° la 40° pentru o zi, iar hematiile au coborât dela 3.100.000 la 2.800.000. Această observație demonstrează încă odată că sângele prea vechiu trebuie evitat. Bolnavul s'a vindecat totuși. Când sângele conservat este recent, hematiile cresc cu câteva sute de mii în raport cu cantitatea de sânge transfuzată.

În concluziile ultime trebuie să spunem că transfuziile constituiesc astăzi o metodă terapeutică de care nu ne putem dispensa nu numai în hemoragii, ci și în infecții și mai ales în infecțiile grave în care apelăm și la chimioterapia sulfamidată. În aceste ultime cazuri transfuziile corectează efectele hemolitice no-

cive pe cari le poate avea administrarea dozelor prea mari ori prea prelungite de sulfamide.

Conf. Dr. I. Gavrila: Transfuzia de sânge în febră tifoidă.

Recurgem la transfuzia de sânge în cursul febrei tifoide de obicei numai în cazurile complicate cu hemoragii intestinale cu pierderi de sânge mai mult sau mai puțin importante.

În cursul anilor 1941—42 au fost internate și tratate în serviciul de boli contagioase din Spitalul Public Sibiu, un număr de 295 de cazuri de febră tifoidă, dintre cari au făcut hemoragii intestinale un număr de 15 cazuri, deci în 6,9%.

Vârsta cazurilor cu aceste hemoragii a variat: între 14—20 ani au fost 7 cazuri, între 20—30 ani au fost 4 cazuri, între 40—50 ani 3 cazuri, între 50—60 ani 1 caz.

După sex au fost 10 femei și 5 bărbați.

Hemoragiile intestinale în toate cazurile s'au prezentat în perioada de stare a bolii, între 15—30-a zi de boală. În aproape toate cazurile a fost vorba de forma gravă a febrei tifoide, numai în 2 cazuri gravitatea bolii a fost de formă mijlocie.

În 4 cazuri hemoragia intestinală a fost unică în cantitate de aproximativ 200—300 cmc. sânge. Dintre acestea numai într'un singur caz s'a făcut o transfuzie de sânge directă dela donator universal, 150 cmc. bine suportată. De altfel toate aceste 4 cazuri s'au vindecat.

În 9 cazuri hemoragia s'a repetat, a fost de 2 ori câte 200—400 cc. sânge, într'un caz odată 1000 cc., a 2-a oară 300 cc. Din aceste cazuri s'au făcut transfuzii în 7 cazuri și anume în 4 cazuri cu sânge conservat dela Institutul de Fiziologie și în 3 cazuri transfuzie directă dela donator universal. Din sânge conservat s'a făcut în toate cazurile de 2 ori câte 150 cc. sânge. La cei cu transfuzie directă s'a dat o singură dată câte 150—250 cc. sânge. Din acestea au sucombat 5 cazuri (dintre cari 2 primise sânge conservat și 3 transfuzie directă). Însă toate aceste cazuri au fost forme foarte grave de febră tifoidă.

În 2 din această serie de 9 cazuri nu s'a făcut transfuzie, de altfel ambele cazuri s'au vindecat.

Într'un caz hemoragia s'a repetat de 3 ori în curs de 4 zile, prima hemoragie aproximativ de 1000 cc. a doua și a 3-a aproximativ de câte 200 cc. Aci s'au făcut 3 transfuzii cu sânge conservat, de 150, 250 și 250 cc. Bolnavul totuși a sucombat. Era vorba de un individ de 55 ani cu o formă foarte gravă de febră tifoidă, cu o stare tifoidă toxică foarte profundă, cu fenomene exprimate de miocardită.

Într'un caz hemoragia intestinală s'a repetat de 4 ori în curs de 10 zile, de fiecare dată aproximativ câte 200 cc. sânge. În acest caz s'a făcut de 2 ori câte 200 cc. sânge conservat. Evoluția a fost spre vindecare.

În rezumat dintre cele 15 cazuri de hemoragie intestinală survenită în cursul ultimilor 2 ani în cazurile noastre de febră tifoidă, am aplicat transfuzia sangvină în 10 cazuri. Dintre acestea în 5 cazuri s'a dat sânge conservat, făcându-se 1—3 transfuzii, fiecare de câte 150—250 cc. după caz. În celelalte 5 s'a făcut transfuzie directă, cu sânge proaspăt, dela donator universal, dându-se cantități între 150—200 cc. sânge.

Dintre aceste 10 cazuri cu hemoragie au sucombat 6, deci 40%, dintre cari trei au fost transfuzați cu sânge conservat, 3 cu sânge proaspăt. Cauza morții în cele mai multe din aceste cazuri n'a fost hemoragia în sine, ci gravitatea excepțională a bolii, în special miocardita. Unele din cazuri au sucombat la 1—2 săptămâni după trecerea hemoragiei.

Bine înțeles că pe lângă transfuzie de sânge în toate cazurile s'a aplicat tratamentul obișnuit în hemoragiile intestinale: imobilizarea bolnavului, puna cu gheață pe abdomen, pentru diminuarea peristaltismului intestinal injecție cu morfină sau pantopon,

injecții cu cardiotonice (oleu camforat, veritol, strichnină, cofeină, adrenalină etc.), medicamente hemostatice (sangostop, clauden, coagulen, calciu etc.), ser ipertonic, infuziuni subcutanate cu ser fiziologic, tutofusin. Regim alimentar absolut 8–10 ore, puțin ceaiu cu lingurița. Apoi ceaiu cu lapte, 15 zile alimentație lacto-hidrică. Mici bucăți de gheață în gură

Indicațiile transfuziei în febra tifoidă. Noi indicăm transfuzia de sânge în febra tifoidă numai în cazurile unde se prezintă hemoragie intestinală. În aceste cazuri principial transfuzia este indicată în toate cazurile. Totuși, nici aci nu este necesar de a fi aplicată în toate cazurile. Dacă hemoragia este unică și este de mică cantitate (200–300 cc.), dacă bolnavul nu se resimte în urma acestei pierderi de sânge, starea generală se menține bună, evoluția ulterioară a bolii este favorabilă, în aceste cazuri putem să nu recurgem la transfuzie, ci să ne mulțumim numai cu celelalte mijloace terapeutice pentru combaterea hemoragiei. Cu toate acestea chiar și în aceste cazuri o mică transfuzie de sânge conservat numai spre binele bolnavului poate fi, dacă avem suficient din acest sânge la dispoziție.

În cazurile cu hemoragii repetate sau cu pierderi mari de sânge pe lângă celelalte măsuri de tratament ale hemoragiei, se impune cât mai urgent aplicarea transfuziei de sânge.

Cantitatea de sânge transfuzat este variabilă după cazuri. Pentru odată de obicei este suficient 150–250 cc. Transfuziile se pot repeta în caz de lipsă de mai multe ori, până la obținerea rezultatului dorit.

În ce privește faptul, că ce fel de sânge să preferăm pentru transfuzie, sânge conservat sau proaspăt, noi dela început ne declarăm pentru aplicarea sângelui conservat, dacă îl avem în cantitate suficientă la dispoziție. Aceasta din mai multe motive:

1. Mai întâi eficacitatea terapeutică în cazurile noastre este identică cu cea a sângelui proaspăt, aceleași rezultate se înregistrează și într'un caz și într'altul.

2. După sângele conservat nu se observă nicio reacțiune deosebită din partea bolnavului. Toți bolnavii noștri au suportat aceste transfuzii foarte bine fără nicio reacțiune, deși aproape toți erau într'o stare foarte gravă. Pe când după sânge proaspăt adesea se produc unele reacțiuni, în special frison mai mult sau mai puțin pronunțat, ceea ce în astfel de cazuri grave este destul de neplăcut.

3. Posibilitatea de aplicare și de execuție a transfuziei cu sânge conservat este mult mai simplă și mai ușoară decât în transfuzia directă cu sânge proaspăt dela om.

Astfel că ar fi de dorit, ca serviciile de boli contagioase să aibă totdeauna la dispoziție sânge conservat, pentru a putea fi aplicat în toate cazurile de hemoragii intestinale în febra tifoidă.

Dr. C. Gheorghiu și Dr. Lohan. Transfuziile cu sânge conservat în Spitalul Militar din Sibiu.

Prof. Dr. Gh. Popoviciu, Dr. E. Mihalca și Dr. Oct. Pop: Emoterapia în Clinica infantilă.

Emoterapia ocupă un loc important în tratamentul diferitelor boli sau afecțiuni organice ale copiilor. Fiind un mijloc de tratament simplu, la îndemâna oricărui medic și în orice moment, necostisitor și având o acțiune binefăcătoare, ea s'a răspândit foarte mult în ultimul timp.

Ea constă în injectarea subcutană, intramusculară sau intra-abdominală de sânge total, plasmă sau ser, luat prin puncție venoasă dela același individ (autoemoterapie), sau dela orice alt individ, de preferință dela părinți (eteroemoterapie). Cantitatea de sânge administrat este de 10–20 cmc., putând merge până la 40–80 cmc., dat odată sau în doze fracționate, zilnic, sau, mai bine, tot la două zile. Emoterapia poate să fie specifică când se ia sânge dela un convalescent de boala de care suferă copilul, căreia vrem să-i dăm sângele, sau poate fi simplă, când donatorul

e un oarecare adult, de preferință mama sau tatăl copilului. Emoterapia specifică, se administrează mai mult în bolile infecțioase. Emoterapia se mai poate face, folosind numai plasma sau serul. Emoterapia specifică, cu ser convalescent, se întrebuițează foarte mult și cu rezultate foarte bune în scarlatină, rujeolă, paralizie infantilă, tuse convulsivă, oreion, variolă, etc. Când se întrebuițează în aceste cazuri sânge total, cantitatea lui trebuie să fie un multiplu al dozei serului de convalescent.

Cazurile în cari am întrebuițat emoterapia, cu rezultate foarte bune, au fost în primul rând toate cazurile de anemii, mai ales anemiile alimentare, anemiile post-infecțioase, boala lui Jaksch-Hayen, etc. În anemiile post-infecțioase injecțiile de sânge pot avea chiar o acțiune specifică antibacteriană, dacă întrebuițăm un donator cu o imunitate naturală sau câștigată față de infecția respectivă (coci sau colibacili).

În diatezele emoragipare (în purpură, boala lui Werlhof, emofilie), în icterele și emoragiile noilor născuți (în melenă, emoragiile ombilicale și meningiale ale noilor născuți), emoterapia dă rezultate bune prin modificările produse asupra organismului copilului mic și în special asupra coagulării sângelui.

În turburările de nutriție acute (dispepsii și toxicoză) și cronice (distrofii și atrofii), în dizenteria copiilor, injecțiile de sânge ne-au dat rezultate foarte bune, pe lângă tratamentul dietetic și medicamentos corespunzător.

În afecțiunile aparatului respirator (pneumonii și bronhopneumonii, congestii pulmonare, bronșiectazii, pleurezii, empieme), în infecții gripale și în afecțiuni tuberculoase (adenopatii hilare, și traheobronhice, eritem nodos, tuberculoză ganglionară și osteo-articulară, infiltrate t. b. c., recerite, etc.), am obținut rezultate foarte bune prin auto-neteroemoterapie, datorită acțiunii de stimulare și și de mărire a forței de apărare și de regenerare a organismului.

În bolile infecțioase eruptive și neeruptive (scarlatină, rujeolă, varicelă, rubeolă, febră tifoidă și paratifoidă, difterie, tuse convulsivă, paralizie infantilă, etc.), emoterapia se întrebuițează fie sub forma de sânge total, specific sau nespecific, sau de ser de convalescent, cu rezultate admirabile, atât din punct de vedere curativ cât și profilatic. Întrebuițarea lor în rujeolă și în emoragiile din febra tifoidă sunt lucruri arhicunoscute ca să mai insistăm asupra lor.

În stările alergice (astm), dermatoze, eczeme, urticarie, stropul, am întrebuițat mai mult autoemoterapia, care e un foarte bun mijloc de desensibilizare al organismului.

În rahitism, scorbut, la prematuri și debili congenitali, am întrebuițat injecțiile de sânge pentru a mări rezistența organismului scăzută de infecții.

Am mai aplicat injecțiile de sânge în piurii, în meningite meningococice, erizipel și în general în toate cazurile unde am întrebuițat preparatele sulfamidate. Din cauza acțiunii toxice, emolizante și a dozelor mari de sulfamide, se produce o anemie care trebuie combătută prin injecțiile de sânge.

Injecțiile de sânge au o acțiune terapeutică — curativă și profilatică — remarcabilă. Acțiunea imunizantă (activă și pasivă), antitoxică și antiinfecțioasă a injecțiilor de sânge se datorește anticorpilor și substanțelor specifice pe care îi conține sângele. O acțiune specifică ridicată are sângele și mai ales serul de convalescent, sau dela cei cari au trecut prin boala respectivă. Serul de convalescent are un titru de anticorp și o eficacitate mult mai mare ca și sângele total. De aceea injecțiile de sânge total se fac în cantități mult mai mari.

O altă acțiune a injecțiilor de sânge e datorită proteinelor introduse în organism cari, stimulează forțele de apărare a organismului. Injecțiile de sânge mobilizează elementele reticulocitare din tot organismul și stimulează procesele de regenerare. Prin rezorbtia ferului și a substanțelor necesare ematopoezei, produce

o iritație a măduvei osoase și o creștere consecutivă a globulelor roșii și albe.

Rezultatele obținute aproape în toate cazurile au fost din cele mai bune. S'a obținut o mărire a forțelor de apărare și de imunizare a organismului. S'a observat o scurtare a evoluției boalei, a perioadei de convalescență și o vindecare mai rapidă. Am observat o mărire a poftelor de mâncare și consecutiv o creștere în greutate. E adevărat că în toate cazurile noastre emoterapia a fost aplicată împreună cu celelalte tratamente: etiologic, simptomatic și dietetic corespunzător.

O contraindicație din partea donatorului sunt bolile cronice specifice (tuberculoză, sifilis, malarie), iar din partea primitivului o stare de ipertermie, care ar putea fi exacerbată prin emoterapie. În general injecțiile de sânge nu dau accidente importante. Singurele inconveniente sunt ușoare reacțiuni febrile, trecătoare, sau fenomene neînsemnate de tumefiere și durată locală.

Emoterapia are o importanță practică prin faptul că e ușor de aplicat, ieftin și produce efecte bune din punct de vedere terapeutic.

În urma rezultatelor frumoase, obținute în cele peste 1000 de cazuri de emoterapie, clinica noastră este adeptul convins al acestui tratament și în general al tuturor tratamentelor prin umorile organismului, cum sunt autolivoterapia, autopioterapia, etc.

Am comunicat rezultatele noastre obținute prin emoterapie, pentru a sublinia importanța ei practică, simplitatea și ieftinătatea aplicării ei, lipsa de inconveniente și mai ales pentru rezultatele frumoase pe care le dă în tratamentul boalelor de copii, asociată cu celelalte tratamente medicamentoase și dietetice.

Discuții: *Prof. Dr. Goia:* arată greutatea medicilor și chiar și a clinicilor de a avea la îndemână în cazuri de urgență un donator potrivit și colosalul profit realizat prin introducerea metodei de transfuzare a sângelui conservat, care a înlăturat acest mare inconvenient. Dar acest procedeu mai are o altă serie de avantaje: nu obligă pe donator să dea sângele la patul bolnavului, scutindu-l de o emoție puternică; apoi tehnica de transfuzare este foarte ușoară, nu necesită aparatură specială și nici școală specială, putând fi executată de orice medic, în orice mediu. Cât privește accidentele transfuziei cu sânge conservat, nu e vorba propriu zis de accidente, ci de reacțiuni absolut fără de nicio gravitate. Ca eficiență, sângele conservat înlocuiește în totul sângele proaspăt. În general se admite că transfuzia are capacitatea de a desface blocajul patologic dintre sistemul hematopoetic și periferic, făcând posibilă trecerea elementelor figurate în sângele circulant. Acest rol s'a dovedit și prin utilitatea transfuziilor în doze mici și pare că îl îndeplinește cu prisosință sângele conservat. Mai amintește un foarte frumos succes terapeutic obținut printr'un fel de Umstimmungstherapie printr'o transfuzie de sânge conservat la un Jod-Basedow, căruia i s'a făcut transfuzia în vederea intervenției și la care după transfuzie s'a obținut o scădere a frecvenței pulsului dela 130 la 80. Felicită călduros pe Prof. Benetato pentru procedeul personal de conservare a sângelui și pentru realizarea centrului de transfuzie, pentru care merită întreaga recunoștință a clinicilor și spitalelor, a medicilor și a suferinșilor.

Sedința ordinară din 5 Martie 1943.

Prezidează: D-l Prof. Dr. Gh. Popoviciu.

Dr. P. Țârlea, Dr. L. Modran: Prurigo Hebrae la gemeni.

Etiopatogenia lui Prurigo Hebrae este foarte controversată și încă nici până azi, dermatologii n'au putut ajunge la un punct unitar de vedere în această direcție. Una dintre cele mai vechi ipoteze în această direcție este cea a lui Hebrae, al cărui nume îl și poartă această afecțiune, deoarece el a fost cel care a fixat nosograficește cadrul acestei boale, scoțând-o din cadrul larg și confuz

al celorlalte prurigo, — astfel el acorda un mare rol eredității admitând o dispoziție ereditară datorită unei infecțiuni sau intoxicațiuni cronice a ascendenților. Hebra spunea, că în multe cazuri mamele tuberculoase erau în cauză, altele sifilisul și alcoolismul părinților.

Ca un modest aport în favoarea acestei teorii, credem că se pot încadra și cele două cazuri de prurigo Hebrae, observate de noi la cei doi frați gemeni, pe care îi prezentăm înaintea onoratei societăți.

1. N. Petru, 17 ani, din comuna Rod, jud. Sibiu.

Antecedente heredo-colaterale: Un alt frate gemen suferă de aceeași afecțiune.

Antecedente personale: La 8 ani pojar complicat cu bronchopneumonie, la 16 ani nefrită cu edeme.

Istoricul boalei actuale: Dela 2 ani, după spusele părinților boala actuală s'a manifestat prin niște leziuni diseminate pe întreg corpul, asociate cu un prurit foarte intens, cu caracter nocturn. Afecțiunea prezintă exacerbări sezoniere toamna și primăvara și remisiuni sezoniere iarna și mai ales vara. Progresiv cu vârsta se pare că boala s'a mai ameliorat. Toate consultațiile și indicațiile medicale au avut un efect foarte efemer asupra mersului afecțiunii.

2. N. Pavel, 17 ani, din comuna Rod, jud. Sibiu.

Antecedente heredo-colaterale: Fratele gemen suferă de aceeași afecțiune.

Antecedente personale: Neagă boli infecto-contagioase.

Istoricul boalei actuale: Identic cu cazul precedent.

Examenul obiectiv al ambelor cazuri: Ambii sunt rămași în dezvoltare dar mai ales Petru, care are și o anamneză mai încărcată, fiind și foarte anemic. Caracterele sexuale secundare nu sunt suficient dezvoltate pentru vârsta lor. Prezintă strabism convergent și distrofii dentare. Au un sistem nervos foarte excitabil.

La examenul pielii constatăm că, diseminat pe extremitățile superioare și mai ales pe cele inferioare, cu predominanță distală și pe fețele extensorice, se observă numeroase leziuni papulo-veziculare, care sunt mai mult palpabile decât vizibile, acești noduli dându-ne senzația unor alice inclavate în tegument. Nodulul e datorit unui mic edem, dacă nu e gratat se produce o mică scursură. Dacă e gratat se produce o crustă. După căderea crustelor rămân niște pete albe atrofice, anturate de o zonă ușor hiperpigmentată. Leziunile apar în puseuri succesive, așa că avem leziuni în diferite faze evolutive, — polimorfism evolutiv.

În urma gratajului intens făcut de bolnav se introduc în piele strepto-stafilococi și astfel se produc infecțiuni secundare dând naștere la pustule, furunculi și ectime.

Tot datorită gratajului îndelungat pielea se lichenificiază, luând un aspect marmorat, de mozaic.

Perii sunt rarefiați, rupți și direcția normală schimbată. Pielea este îngroșată, uscată, cu suprafața rugoasă; aceasta se datorește atrofiei și distrugerii glandelor sudoripare și sebacee.

În pliurile articulare (axile, plicile coateor), pielea e moale, aceasta se datorește prezenței în aceste regiuni a glandelor sudoripare mari, așa zise apocrine.

Unghiile sunt lucioase și în partea distală subțiate.

Ganglionii din regiunea crurală sunt mult măriți de volum de consistență păstoasă și tegumentele nu prezintă fenomene inflamatorii (bubonii de prurigo).

Diagnosticul diferențial se face mai ales cu scabia; ca simptome diferențiale avem în primul rând durata bolii, — prurigo fiind o afecțiune ce în prima copilărie de cele mai multe ori continuând un stropul infantum; — caracterul de exacerbare sezonieră al bolii, erupțiunea interesează de obicei părțile respectate de scabie (fețele extensorice ale extremităților superioare și inferioare).

Se mai face diagnosticul diferențial cu prurigo lui Besnier, sau forma franceză a prurigo lui Hebra, unde erupțiunea interesează mai ales plicile articulare, — tocmai regiunile care sunt respectate de prurigo Hebrae.

Prognosticul afecțiunii este cât se poate de rezervat. Hebra nu admitea vindecări complete și spontane, Neisser admite vindecări în forma de prurigo mitis, însă le exclude în forma de prurigo agria sau ferax.

Tratamentul bolii se poate împărți în extern și intern. Extern se aplică emoliente mai ales conținând untură de pește, băi, cure termalee, pe leziunile piodermice pastă cu Rivanol.

Intern se administrează: arsenic, iod, insulină, calciu, atophan. Injecțiile cu pilocarpină după Besnier produc sudație și ameliorează simptomele. De asemenea regimul alimentar joacă destul de mare rol; — unii autori între care și Finger susțin că Prurigo Hebrae ar fi datorit unor fenomene de intoleranță anafilactică, sau coloidoclastică, de aceea se mai face și desensibilizare cu autohemo sau autoseroterapie.

Incontestabil Prurigo Hebrae este o „boală a mizeriei”, cum de altfel și era numită în vechile tratate. Boala e o dermatoză regională și rasială, se află mai ales în Europa Centrală și orientală, cel mai des se întâlnește la copiii jidanilor în mizerie din Europa centrală. E extrem de rară în Anglia, Franța și America.

Dymnicki a observat-o apărând în Polonia la copii care înainte erau indemni în Statele Unite.

Ehlers a remarcat scăderea ei în Danemarca, odată cu urcarea standardului de viață.

La noi în țară Prurigo Hebrae e relativ destul de frecvent, luptând pentru ridicarea standardului de viață al poporului român, implicit vom lupta și contra acestei boale.

Prof. Dr. E. Țeposu, Dr. P. Bruda și Dr. D. Togănel: Considerațiuni asupra două cazuri de anomalii renoureterale congenitale.

Este vorba despre două cazuri rare de anomalii reno-ureterale care cu toate că nu ne-au oferit și satisfacția unei intervenții operatorii, totuși merită ca să fie prezentate pentru variația leziunilor pe care le prezintă.

În ambele cazuri se observă rolul mare pe care îl joacă, cauza patologică asociată — în cazul de față hidronefroza — în declanșarea simptomatologiei clinice. Aceste anomalii congenitale care predispun la infecțiile urinare, prin stază sau retenție, cauzează la copii piuriile cronice și crizele de pielită, iar la adulți nefrite, hidronefroze, calculii și chiar și baciloza.

Primul caz: Un bolnav în etate de 20 ani se prezintă în Clinică având dureri în loja renală stângă. La examenul cromocistosopic se observă, în stânga un singur orificiu ureteral fără funcțiune cromosecretorie iar în dreapta două orificii ureterale, de aspect normal, fără leziuni suspecte în jur și cu eliminare bună de colorant. La pielografia intravenoasă avem, în stânga rinichiu dublu cu ureter bifid iar în dreapta rinichiu dublu și ureter dublu. În acest caz, cauza patologică asociată o constituie hidronefroza incipientă dureroasă pe rinichiul stâng inferior. Pe placa radiografică se observă și o scolioză de apărare foarte pronunțată.

Al doilea caz. Un bolnav în etate de 30 ani, se prezintă la consultațiile noastre cu dureri în loja renală stângă, unde la palpare se constată prezența unei tumori de mărimea unui pumn de adult, de consistență elastică, dureroasă și desvoltată mai mult anterior. La examenul cromocistosopic: În stânga orificiul ureteral retractat nu prezintă contracțiuni ritmice și nici eliminare de colorant. În dreapta se observă două orificii ureterale cu o bună funcțiune cromosecretorie. Orificiul ureteral situat mai intern și care corespunde rinichiului drept superior, prezintă și o dilatare chistică (ureterocel) de mărimea unei cireșe.

La pielografia intravenoasă avem: la stânga imagine de rinichiu dublu hidronefrotic cu ureter bifid, iar în dreapta imagine cu rinichiu dublu și ureter dublu. În cazul acesta cauza patologică asociată o reprezintă hidronefroza voluminoasă a ambilor rinichi situați în stânga.

Cazurile sunt instructive și interesante:

1. Pentru multiplicitatea anomaliilor pe care le prezintă.
2. Pentru rolul pe care-l are specialistul urolog în depistarea și diagnosticarea lor și

3. Pentru a se vedea rolul mare pe care-l au anomaliile renoureterale congenitale în etiologia și patogenia afecțiunilor arborelui urinar. După părerea lui R. Gutierrez, care s'a ocupat în deaproape cu acest capitol important al urologiei moderne, cam 40% din totalul condițiilor patologice ale rinichilor și ureterelor se datoresc acestor anomalii congenitale.

Prof. Dr. C. Tătaru și Dr. L. Modran: Boala lui Dercum (Lipomatoza generalizată simetrică și dureroasă).

Soldat C. Savu din Batal. 12 Vânători de Munte, originar din comuna Apoldul de sus, jud. Sibiu. A intrat în Spitalul Militar la 25 II. 1943.

Istoricul bolii actuale: De trei ani i-au apărut la nivelul extremităților superioare, pe torace și abdomen numeroase nodozități de dimensiuni diferite, care au crescut cu timpul. Unele din ele au fost operate, dar la scurt timp după aceea au reapărut altele. Starea generală a bolnavului n'a fost alterată, numai durerile dela nivelul leziunilor îl incomodează,

Starea prezentă: Bolnav de statură mijlocie, constituție fizică normală și stare de nutriție bună.

La examenul tegumentelor, constatăm că: diseminat pe extremitățile inferioare și superioare, precum și pe abdomen, piept și spate prezintă numeroase tumorete situate în straturile profunde ale pielii, de dimensiuni ce variază dela mărimea unui bob de fasole, la cea a unui ou de găină. Aceste tumorete deși pot ajunge până la fasciile subcutanate, nu sunt fixate de straturile subiacente ele se delimitează net și se pot mișca cu ușurință. Sunt dureroase și puțin rezistente la palpare.

Aceste tumori sunt constituite din țesut grăsos, deci în acest caz e vorba de o lipomatoză generalizată și dureroasă, sau boala lui Dercum. Afecțiunea poate dura ani îndelungați și se vindecă excepțional: deci are un prognostic bun quo ad vitam și rău quo ad sanationem.

Diagnosticul diferențial se face cu Boala lui Recklinghausen și cu sarcomatoza

Reacția Bordet-Wassermann negativă.

Din punct de vedere al altor organe, prezintă o bradicardie și bradisfigmie: 46 pulsații pe minut; la efort pulsul e 80 pe minut, are un cord iritabil.

Prezintă și o otită cronică bilaterală.

Adipoza dureroasă sau boala lui Dercum face parte din sindromele datorite unor tulburări în funcțiunea glandelor endocrine.

Însuși Dercum a remarcat faptul, că în această boală sunt alterațiuni ale glandei tiroide. În alte cazuri, sunt alterațiuni ale glandei pituitare. S'a acuzat rolul etio-patogenic al sifilisului ereditar, care se știe că provoacă foarte multe disendocrinii. Alți clasează această boală între trofoneuroze. Se știe însă că opoterapia tiroidiană a dat bune rezultate în această afecțiune. Până în prezent nu se știe precis cărei tulburări de secreție internă, tiroidiană sau hipofizară e datorită boala lui Dercum, în orice caz e vorba de o disendocrinie.

Din punct de vedere al tratamentului, metoda chirurgicală de extirpare a tumorilor, cum s'a încercat și în cazul de față, nu dă rezultate: cel mai bun tratament e cel opoterapic pluri-glandular, dar mai ales tiroidian, care duce la micșorarea tumorilor.

Prof. Dr. C. Tătaru, Dr. O. Mihalescu : Un caz de Keratodermie palmo-plantară.

Se prezintă un caz de Keratodermie Palmo-plantară, la o bolnavă în etate de 18 ani, la care boala datează de la vârsta de 4 ani : congenitală, dar nu și ereditară. Afecțiunea înfățișează tabloul clasic al boalei de Meleda, cu hiperkeratoză pronunțată, de culoare cadaverică, cu zona congestivă periferică. Ceea ce frapază în acest caz sunt turburările de la nivelul degetelor. Ele sunt în semi-flexiune, subțiate conice, cu tegumentele retractate pe suprafața lor dând aspectul de sclerodermie. Prezintă o acroasfixie pronunțată cu patul unghiei foarte anemic. Unghiile prezintă turburări trofice, fiind încovoiate în cioc de papagal. Cercetările asupra sistemului endocrin și vegetativ sunt în curs.

Prof. Dr. C. Tătaru, Dr. O. Mihalescu : Un caz de Sifilis III cu gome ulcerate și perforația vâului palatin asociat cu psoriază.

Este vorba de o femeie în etate de 36 de ani, care în antecedente n'a prezentat leziuni din celelalte perioade ale sifilisului. Afecțiunea a evoluat în decurs de două luni începând cu un eritem, urmat de formarea de nodozități, ulceratii, perforații. Vâul palatinului e distrus, cu multiple perforațiuni separate prin briede cicatriceale ce merg spre cei doi pilieri și amigdale tracționându-le. R. W. intens pozitiv.

Pe tegumente, cu simetrie și topografie regională prezintă o erupție de leziuni papuloscamoase, unele lenticulare, altele inelare. Confuzia poate fi făcută între sifilis și o psoriază. Caracterile diferențiale ale celor două afecțiuni ne pun însă pe calea diagnosticului cu psoriază. Examenul istopatologic îl confirmă.

În urma tratamentului urmat leziunile din cavitatea bucală s'au cicatrizat în timp ce cele de pe tegumente nu s'au modificat.

Prof. Dr. M. Kernbach : Teorii și definiții în patologie (conferință partea II-a, apare ca articol în revistă).

Sedințele din 19 și 26 Martie 1943, consacrate tifusului exantematic.

Prezidează : Prof. Dr. Gh. Popoviciu.

1. Prof. Dr. T. Vasiliu și Dr. V. Dachnovici : **Leziunile anatomice în tifusul exantematic.**
2. Conf. Dr. I. Gavrilă : **Considerațiuni clinice asupra cazurilor de tifus exantematic tratate în Serviciul de contagioși din Spitalul Public Sibiu.**
3. Dr. Dachnovici și Dr. Cosma : **O metodă rapidă pentru diagnosticul tifusului exantematic.**
4. Conf. Dr. I. Gavrilă, Dr. I. Macavei și Dr. V. Cosma : **Mielograma în tifusul exantematic.**
5. Dr. Nicolae Zolog : **Obliterație a arterei centrale a retinei în cursul tifusului exantematic.**
6. Dr. I. Ardeleanu : **Etiologia, diagnosticul și profilaxia specifică a tifusului exantematic.**
7. Dr. T. Turcu : **Epidemiologia tifusului exantematic clasic.**
8. P. Râmneanu și N. Maier : **Cercetări asupra tifusului exantematic din Transnistria de Nord.**
9. Dr. Oprean Octavian : **Combaterea pe teren a tifusului exantematic.**
10. Dr. Paul Sirbu și Dr. N. Gherman : **Contribuțiuni la combaterea tifusului exantematic.**

Revista cărților

Tratamentul bolilor interne de Ferdinand Hoff. Traducere de d-nii Prof. Dr. L. Daniello, Șef de lucrări, Dr. T. Dragomir, Conf. Dr. I. Gavrilă și Șef de lucrări Dr. A. Moga. Editura H. Welther, Sibiu, 1943. Un volum în 532 pagini, prețul legat 1680 Lei.

Scrisul nostru medical s'a îmbogățit, datorită inițiativei atât de fecunde în timpul din urmă a Editurii H. Welther din Sibiu, cu o carte menită să aducă orientări nouă în concepțiile de terapie ale medicilor noștri.

Primul capitol „Principiile generale ale Terapeuticei” este o profesiune de credință a autorului, care, fără a părăsi terenul solid a ceea ce am numi medicina oficială, caută să-i adauge acesteia ceea ce crede bun din preceptele naturiștilor și homeopatiilor, abia tolerați până acum la periferiile științei medicale.

Cartea e scrisă cu competența pe care o dă experiența, dar și cu mult curaj, fiindcă numai așa se poate alege esențialul din numărul enorm de medicamente, specialități, formule magistrale și metode terapeutice. Curaj trebuie și pentru ca să declari că nu regreți faimoasele și complexe ordonanțe ale înaintașilor noștri, atât de deplânse de câte ori e vorba de „decadența artei recepturii din cauza specialităților”.

În toată cartea se simte că autorul s'a identificat cu recomandă din noua „Berufsordnung der deutschen Aerzte” care zice că „În orice caz de boală medical trebuie să caute să obțină efectul curativ optim cu mijloacele cele mai simple” (Prefața autorului).

Cartea conține o parte generală „Principii generale ale Terapeuticei” și partea specială, împărțită în capitole : Bolile inimii și ale sistemului vascular. Bolile aparatului respirator. Bolile sângelui. Bolile endocrine. Bolile de nutriție. Bolile organelor digestive. Bolile pancreasului. Bolile ficatului și ale căilor biliare. Bo-

lile rinichilor și ale căilor urinare. Bolile aparatului de locomoțiune. Bolile infecțioase. Boli transmisibile prin animale. Bolile sistemului nervos.

La sfârșitul cărții se mai găsește un index al medicamentelor discutate în carte și un index alfabetic al materiei care facilitează foarte mult orientarea rapidă într-un caz dat.

Prefața volumului este semnată de domnul Profesor Dr. Iuliu Hațieganu, Rectorul Universității noastre.

Traducătorii merită toată lauda pentru felul cum au știut să învingă dificultățile unei traduceri ca aceasta : să păstreze prospețimea frazei și a gândului din textul original, să ocolească prin perifrază ceea ce nu e traducibil și să redea totuși exact ideile autorului.

Cartea e deopotrivă de bună pentru toți medicii în căutarea unor metode nouă sau a reimprospătării cunoștințelor din anii de școlaritate, cât și pentru studenții care-și alcătuiesc baza viitoarelor lor succese terapeutice.

Dr. C. Berariu

Sistemul acidului adenilic. (Das Adenylsäuresystem) de Dr. W. Herbrandt și Dr. K. H. Jäger. Editura Rosenmeier & Saenger K. G. Berlin, 1943. Un volum de 100 pag., prețul RM 8.

În această lucrare autorii se ocupă cu problema compușilor adenilici din toate punctele de vedere.

După câteva date introductive istorice, se tratează despre chimia acestor compuși. Se trece în revistă în capitolul următor fiziologia lor, discutându-se întreg metabolismul acestor substanțe și raportul lor cu diferiții hormoni din organism.

În partea următoare se tratează despre farmacologia și farmacodinamia compușilor adenilici. Se discută întâi proprietățile lor generale, apoi acțiunea lor asupra inimii, asupra tensiunii ar-

teriale, asupra sistemului vascular, asupra musculaturii, asupra leucocitozei etc.

În ultimul capitol se expune aplicarea terapeutică acestor compuși, trecându-se în revistă diferitele stări morbide, unde ei pot fi utilizați.

Lucrarea este însoțită de o bibliografie foarte detaliată asupra problemei.

Physis. Este o revistă, care se ocupă cu publicare de sinteze din domeniul științelor naturale și biologice.

În acest număr se tratează despre următoarele: sinteza științelor naturale de Adolf Mayer-Abich. Probleme de Quantenbiologie, de P. Jordan. Ce înseamnă concepțiunea de ansamblu, de Hans Petersen. Tipologia și phylogenia, de Zapata (Cuba), de Hans Böcker. Probleme de cercetare din domeniul științelor, de B. H. Danser. Probleme de viitor din Quantenbiologie. Gran Cienagațelor naturale în colonii, de Adolf Meyer-Abich, etc.

Munca și sănătate. (Arbeit und Gesundheit). Este o revistă, care se ocupă cu probleme medico-sociale, publicată de Ministerul Muncii al Reichului, sub direcțiunea Profesorului Dr. Martineck.

În acest număr (41/1942) se publică următoarele: asupra mișcărilor gambei asupra coapsei proteză. (Über das Schwingen des Unterschenkels am Oberschenkel-Kunstbein) de Doz. Dr. Oskar Engelke.

Experiențele unui purtător de proteza nasului. (Erfahrungen eines Trägers von Nasenprothesen) de Dr. Werner Rust.

Asupra influenței marilor amputațiuni asupra organismului întreg. (Über den Einfluss grosser Amputationen auf den Gesamtorganismus) de Doz. Dr. Karl Schulze.

Revista revistelor

INTERNE

Cuprul în tratamentul reumatismului articular cronic de E. Fenz. (Wien. Klin. Wschr. 1941, Nr. 18, P. 398).

În locul terapiei cu aur, care era socotită ca una dintre cele mai bune în combaterea reumatismului articular cronic, dar care prezintă prea mare toxicitate, autorul a încercat tratamentul cu săruri de cupru (Ebesal). Dozarea medicamentului se face ca și la tuberculoză: 0,025 gr. Ebesal i. v. de 2—3 ori pe săptămână, mergând în doze crescând până la 0,1 (0,2) gr., în total 10—24 injecții ceea ce dau 0,54—1,24 gr. cupru. Primii doi bolnavi care de luni de zile numai părăsiseră patul, după câteva injecții de Ebesal, au fost iarăși în stare să meargă. Alte 42 de cazuri de bolnavi gravi și chiar foarte gravi de reumatism articular, dintre care 12 calificați ca nevindecabili au fost tratați de autor cu Ebesal (la 10 s'a aplicat tratamentul combinat de săruri de aur + săruri de cupru). Acești bolnavi prezentau în parte deformări mari, anchilozări și atrofii. Succesul medicației cu Ebesal la acești bolnavi disperați a fost foarte remarcabil: în 6 cazuri (19%) dispariție completă a durerilor, în 12 cazuri (38%) ameliorare vizibilă, în 7 cazuri (21%) ameliorare, în 4 cazuri (12%) ușoară îmbunătățire și în alte 3 (10%) nici o schimbare. De cele mai multe ori s'a înregistrat urcare de temperatură în ziua în care se face injecția, sau durerile erau mai accentuate, însă niciodată nu au apărut reacții îngrijorătoare. De asemenea nu s'au constatat turburări în hemogramă, asemănătoare cu acele provocate de sărurile de aur. În rezumat putem spune, că medicația cu Ebesal ne dă posibilitatea de a vindeca pe fiecare al 5-lea caz de reumatism articular cronic și de a ameliora vădit pe alți 60%.

Alimentarea diabeticilor în războiu. (Diabetikerernährung in Kriege) de Prof. Dr. C. Dienst. Dtsch. Med. Wschr. 1942, Nr. 47, pag. 1146—49.

Alimentarea cea mai potrivită a diabeticilor, chiar și în timp de pace, este să se dea un regim, care din punct de vedere caloric satisface exact necesitățile energetice ale organismului. Tocmai ca la sănătoși și la diabetici pe primul plan sunt hidrații de carbon; prin administrarea unei cantități de insulină corespunzătoare, se va da cantitatea necesară de hidrați de carbon. În acest războiu alimentarea diabeticilor a putut fi mai bine satisfăcută decât în cel trecut. Alimentele necesare au fost mai bine raționalizate și distribuite în acest scop. Pentru că cantitatea de insulină ce ne stă la dispoziție, este limitată, ea trebuie compensată această lipsă de insulină prin mici cantități de adașuri de albumine și

grăsimi. Posibilitățile de a economisi insulina pe lângă aceeași cantitate de hidrați de carbon, trebuiesc exploatate. Se deconsiliază de a instala bolnavii la o glicozurie permanentă.

Tratamentul ambulant al ulcerului gastric și duodenal cu hormon folicular. (Die ambulante Behandlung des Ulkus Ventrikuli und Duodeni mit Fillikelhormon) de Dr. G. Litzka. Fortschritte der Therapie, 1943. Heft 2, pag. 44—49.

Au fost tratați cu Progynon B. ol., 26 bolnavi cu ulcer gastric, 33 cu ulcer duodenal și 14 cu gastrite. Au primit pe lângă un regim gastric de cruțare în prima și a doua săptămână fiecare câte 2 injecții Progynon B. ol. forte 5 mg., în a treia și a patra săptămână câte 1 injecție Progynon. Pentru dureri mari la începutul tratamentului s'a dat de 3 ori zilnic câte 1/2 mg. atropină și de 3 ori zilnic luminalette câte o tabletă. Tratamentul a fost condus în mod ambulant, cei mai mulți bolnavi continuându-și ocupația. Bolnavii au fost controlați radiologic la începutul și după 3 săptămâni de tratament.

Rezultatul a fost mulțumitor.

★

INFECȚIOASE

Despre tratamentul cu Surfen al diftericilor și al purtătorilor de bacili difterici. (Spit. Bethesda din Grünberg in Schl.) de G. D. Koehler. Dtsch. med. Wschr. 1942, Nr. 16, p. 435.

Tratamentul purtătorilor de bacili difterici a fost până acum destul de inefficient. De abia administrarea Surfen-ului a adus o dispariție rapidă a bacililor. K. disolva de 3 ori pe zi câte o tabletă de Surfen în 100 cmc. de apă și puneă să se facă gargară cu această soluție. În cazurile deosebit de rebele, se făceau de 3 ori pe zi pensulări ale amigdalelor sau ale mucoasei nasului sau ale urechii (în otitele medii specifice), Uneori, la diftericii care bineînțeles că fuseseră tratați și cu ser, examenul bacteriologic al faringelui părea că nici nu mai devenea pozitiv pentru bacili difterici, după tratamentul cu Surfen. Se înțelege că malignitatea epidemiei de difterie nu este influențată de Surfen; Surfen-ul nici nu trebuie să reducă importanța tratamentului cu ser antidifteric; dar pentru durata internării în clinică, Surfen-ul pare totuși să aibă importanță. În total, K. a tratat 41 din 50 de difterici cu Surfen, pe lângă seroterapie, de fiecare dată cu rezultate bune. Când bolnavii făceau regulat gargară cu Surfen, baciliile nu mai apăreau decât rareori; de 2 ori, în asemenea cazuri pensularea amigdalelor foarte anfractuase a putut duce la dispariția bacililor.

Note și informațiuni

Reuniunea medicală dela Timișoara. În zilele de 30 și 31 Mai a. c., a avut loc la Timișoara reuniunea medicilor din Banat și Crișana în prezența d-lui *prof. Dr. P. Tomescu*, ministrul sănătății și ocrotirilor sociale. Cu această ocaziune în fața întreg corpului medical al regiunii s'au ținut următoarele conferințe:

Ziua I-a. Prof. Dr. I. Iacobovici (București): Considerațiunile asupra tratamentului fracturilor de război. *Prof. Dr. V. Ciocăltău* (București): Importanța examenelor de laborator în medicină. *Prof. Dr. A. Cosăcescu* (București): Tratamentul funcțional al rănilor de război. *Prof. Dr. St. Nicolau* (București): Virozele în lumina cercetărilor actuale.

Ziua II-a. Prof. Dr. I. Țețu (București): Vegetațiile adenoidice problemă de medicină socială. *Prof. Dr. V. Papilian* (Sibiu): Funcțiunile noi ale nervilor. *Conf. Dr. P. Râmneanșu* (Sibiu): Probleme demografice și sanitare. *Conf. Dr. I. Jovin* (București): Progrese și perspective în radioterapia tumorilor. *Dr. I. Munteanu* (Timișoara): Sănătatea publică a Timișoarei înainte și după unire. *Dr. I. Danicico* (Oravița): Narcoza pe cale intravenoasă. *Dr. C. Radu* (Arad): Viitorul familiei românești. *Dr. I. Nemoianu* (Timișoara): Aspecte din tuberculoza infantilă. *Dr. I. Mureșanu* (Timișoara): Indicația operatorie în raport cu diagnosticul clinic. *Dr. E. Pocreanu* (Timișoara): Fișuri medico-istorice din Banat. *Dr. A. Maior* (Timișoara): Punctia suboccipitală. *Dr. A. Lambescu* (Timișoara): Date statistice din Serviciul II. Chirurgical al Spitalului de Stat. *Dr. V. Iepure* (Timișoara): Problema tuberculozei în Banat.

Decrete — Deciziuni

În Monitorul Oficial Nr. 122 din 27 Mai 1943, s'a publicat Jurnalul Consiliului de Miniștri Nr. 310, prin care se acordă cu începere dela 1 Aprilie 1943, următorului personal, câte o indemnitate fixă lunară: Medicilor igienști de plasă lei 8.000 lunar. Medicilor de circuli sanitare rurale lei 8.000 lunar. Revizoarelor de ocrotire lei 5.000 lunar. Această indemnitate se va plăti lunar odată cu salariul.

Prin decizia Minist. Nr. 13776 din 27 Mai 1943, din Mon. Of. Nr. 127/1943, D-l Prof. Dr. Coriolan Tătaru a fost numit provizoriu medic primar venerian la Dispensarul pentru asistența medicală a studenților din Sibiu.

În Monitorul Oficial Nr. 128 din 4 Iunie 1943, s'a publicat Decretul Nr. 1556/1943, cu următoarea mișcare în personalul tehnic:

Dr. Gh. Banu, profesor de medicină specială la facultatea de medicină din București se numește def-

nitiv director al Institutului de Igienă și sănătate publică din București.

Dr. C. N. Ionescu, profesor de farmacologie galenică la facultatea de farmacie din București se numește definitiv director al Institutului Chimico-Farmaceutic.

În Monitorul Oficial Nr. 132 din 9 Iunie 1943, s'a publicat Decizia minist. Nr. 14520 din 31 Mai 1943, prin care medicilor secundari, internilor și externilor de spitale, numiți pe bază de concursuri, care au fost mobilizați sau concentrați în timpul stagiului, li se acordă o prelungire de stagiu egală cu timpul servit ca mobilizați sau concentrați.

Prin Decizia Nr. 14387/1943, d-l *Dr. Călușer Ion*, a fost numit provizoriu pe ziua de 10 Iunie 1943, până la concurs, medic al circuli rurale Rechetău, jud. Cluj-Turda.

În Mon. Oficial Nr. 133 din 10 Iunie 1943, s'a publicat Decizia Minist. Nr. 14522 din 31 Mai 1943, privind exercitarea atribuțiunilor Inspectorilor generali sanitari:

Dr. Buteanu Nicolae, județele: Arad, Caraș, Severin și Timiș cu sediu în Timișoara.

Dr. Barlțu Septimiu, județele: Alba, Cluj-Turda, Bihor, Hunedoara, cu sediu în Alba-Iulia.

În același Monitor s'a publicat repartizarea subinspectorilor generali sanitari:

Dr. Popu Aurel la Inspectoratul general sanitar și de ocrotire regional Sibiu.

Dr. Pod Iosif la serviciul sanitar al orașului Timișoara.

Dr. Vidican Teodor la serviciul sanitar al județului Alba.

În Monitorul Of. Nr. 134/1943 s'a publicat vacanța postului de medic al circuli Vulcan, jud. Hunedoara.

Prin Decretul Nr. 1573 publicat în Monitorul Oficial Nr. 135 din 12 Iunie 1943, următorii profesori ai facultății de medicină din Cluj-Sibiu, se numesc pe data de 15 Iunie 1943, medici primari la serviciile de clinică de mal jos, conform art. 153 din legea pentru organizarea sanitară

D-l *Prof. Dr. Ion Gola*, la serviciul de clinică medicală II dela spitalul public Sibiu.

D-l *Prof. Dr. Cristea Grigoriu* la serviciul clinic dela Institutul Obstetric și ginecologic Sibiu.

D-l *Prof. Dr. Gh. Popoviciu* la serviciul de clinică infantilă dela spitalul public Sibiu.

D-l *Prof. Dr. Leon Dantello* la serviciul de clinică boalelor pulmonare dela spitalul public Sibiu.

Pituigan

„Henning“

Extract standardizat de lob posterior al hipofizei

Pentru perioada de dilatație și expulzie:
1 cc. Pituigan = 3 U. V.

*

În perioada postpartum și intervenții operatorii:
1 cc. Pituigan forte = 6 U. V.

*

Cutii cu 3 și 12 fiole.

Dr. Georg Henning, Chem. Pharm. Werk, Berlin — Tempelhof.

Myoston

Pe bază de adenosină fosforică MAP

Toate afecțiunile cardiace și vasculare, datorite unei irigări coronare insuficiente — Angină pectorală, angină tabagică și scleroza coronară — Pentru stimularea debitului cardiac la bătrâni. 3—4 ori pe zi câte 20 picături.

Flacon picător cu 20 cc.

C O D E X S. A. R., Calea Șerban Vodă 41, București.

Intrebuintati zilnic:

PACYL

contra Hypertensiunii

Coborîrea moderată a Tensiunii Arteriale ridicate.
Potolirea spasmelor vasculare.
Imbunătăţirea, pe cale bucala, a indispoziţiilor subiective.

DIWAG

CHEMISCHE FABRIKEN A.G., BERLIN-WAIDMANNSLUST

Pentru mostre şi prospecte adresaţi-vă:

Odol S. A. R. Bucureşti, Str. Apostol Margarit 22

Redacţionale

Costul anual al abonamentului la revistă este de Lei 800. Pentru autorităţi 2000 Lei.

Costul unui număr este 150 Lei. — Abonamentele se plătesc anticipativ prin mandate poştale pe adresa: Administraţia Ardealul Medical, Clinica ginecologică şi obstetricală, Cluj-Sibiu, strada Haller 1.

Toată corespondenţa referitoare la chestiuni de redacţie şi administraţie se va adresa: Clinica ginecologică şi obstetricală Cluj-Sibiu, str. Haller Nr. 1.

Revistele generale şi articolele originale vor fi publicate întregi. Nu se admit articole cu urmare. Articolele nu vor depăşi 4 pagini de revistă. Costul tiparului peste 4 pagini va fi suportat de autor, 1000 Lei pagina.

Domnii abonaţi sunt rugaţi să anunţe la timp schimbarea domiciliului, pentru a evita orice neînţelegere în legătură cu expedierea revistei.

Anunţurile se angajează direct prin Administraţia revistei cu tariful următor:

În interiorul revistei 1 pagină 3000 Lei, 1/2 pagină 1600 Lei

Paginile de pe copertă şi fixe au tarif special.

Pentru encartage se plăteşte 1 Leu de fiecare inserat.

Pentru anunţuri plasate pe pagina recto se socoteşte un plus de 30%.

Pentru anunţuri periodice (băi, staţ. balneare, staţ. climaterice etc.) se plăteşte un plus de 50%.

Autorii vor prezenta odată cu articolul şi un mic rezumat în româneşte, franţuzeşte şi nemţeşte.

Costul extraselor îl priveşte pe autor şi jumătate din el se trimite deodată cu manuscrisul pe numele tipografiei, care altfel nu e obligată a face extrasele.

Se refuză articolele de critică şi polemică ce vizează persoane, ca şi articolele cari au fost deja publicate într-una din revistele din ţară.

Recensiile articolelor originale vor fi scurte (maximum 15 rânduri tipărite, aprox. 30 rânduri scrise). Ele vor începe cu titlul lucrării în româneşte, titlul original (în paranteză), autorul, revista, numărul revistei, pagina şi anul.

Toate manuscrisele vor fi dactilografiate.

Costul clişeeilor priveşte pe autori şi vor fi comandate de autori după formatul revistei.

*Noua etapă a
terapeuticeii sulfamidate*

THIAZOMIDE

2090 - R.P. SULFATHIAZOL

PRODUS POLIVALENT BINE TOLERAT
DE ORGANISM

GONOCOCI - COLIBACILI
PNEUMOCOCI-MENINGOCOCI
STREPTOCOCI - STAFILOCOCI



*Intrebuintarea Thiazomidei reduce numărul
sulfamido-intoleranților și permite tratamente
de scurtă durată cu posologii mai ridicate.*

TUB CU 20 COMPRIMATE DE 0,50 GR.

Doza inițială zilnică: 4 la 8 grame.



SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA MARQUES POULENC FRÈRES & USINES du RHÔNE
21, RUE JEAN GOUJON • PARIS • VIII^e

Propaganda Medicală „SPECIA” Str. Anastasie Simu, 6 — București (III)

Tipografia „DACIA TRAIANĂ” S. A., Sibiu - Piața Unirii Nr. 7 - In. Reg. Com. Fl. 2/75/1931.

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXIII

SIBIUL MEDICAL

Anul VIII

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICA

Anul VI

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Organ Oficial al Facultății de Medicină din Cluj-Sibiu, Societății Științelor Medicale din Cluj-Sibiu
Inspectoratului General Sanitar Sibiu și al Colegiilor Medicilor din Inspectoratul General Sanitar Sibiu

COMITETUL DE REDACȚIE:

Prof. Dr. I. Aleman, Prof. Dr. V. Baroni, Prof. Dr. Gr. Benetato, Prof. Dr. V. Bologa, Prof. Dr. Gh. Buzoianu, Prof. Dr. C. Crișan, Dr. I. Cosma, Prof. Dr. L. Daniello, Dr. I. Fabritius, Doc. Dr. O. Filipescu, Prof. Dr. I. Goia, Prof. Dr. C. Grigoriu, Prof. Dr. M. Hângănuț, Prof. Dr. I. Hațieganu, Dr. L. Ionașiu, Prof. Dr. M. Kernbach, Prof. Dr. I. Manta, M. Manta, Dr. C. Manta, Prof. Dr. D. Michail, Prof. Dr. I. Moldovan, Prof. Dr. D. Negru, Prof. Dr. V. Papilian, Prof. Dr. Al. Pop, Prof. Dr. R. Popa, Prof. Dr. Gh. Popoviciu, Conf. Dr. Tr. Popovici, Dr. A. Popu, Dr. Gh. Preda, Prof. Dr. S. Secăreanu, Prof. Dr. I. Stoichița, Prof. Dr. M. Sturza, Dr. I. Sturza, Prof. Dr. C. Tătaru, Prof. Dr. E. Teșosu, Prof. Dr. C. Urechia, Dr. L. Ursu, Prof. Dr. T. Vasiliu, Prof. Dr. C. Velluda.

REDACȚIA
ȘI ADMINISTRAȚIA

Clinica ginecologică și
obstetricală Cluj-Sibiu,
str. Haller Nr. 1
Telefon 45

DIRECTOR:

Conf. Dr. I. GAVRILĂ

*Pentru hormonoterapie cu substanțe
active proprii corpului**

PROGYNON PROLUTON

pentru tratamentul
insuficienței ovariene
(și al cazurilor grave)

pentru tratamentul
hemoragiilor genitale
și al avortului repetat

TESTOVIRON

pentru terapia insuficienței
sexuale masculine

* Organismul nostru este adaptat acestor corpuri, al căror metabolism intermediar nu necesită noi funcțiuni. Deci tratamentul cu substanțe proprii corpului, dozate rațional, are multe avantaje, motiv suficient pentru a prefera pe cât posibil aceste substanțe, dacă putem obține cu ele același rezultat ca și cu medicamente străine corpului. —
Klin. Wschr. 1938, N. 19, S. 633

Literatură detaliată și îndrumări referitor la dozaj stau la dispoziție

SCHERING A. G. BERLIN

Biroul științific București, Str. Clemenceau No. 6

Tel.: 3.58.05





Analeptic

cu acțiune centrală mărită și acțiune periferică energică.

Contra atoniei circulatorii consecutive maladiilor infecțioase, în intoxicații, pre- și post-operator, în stările de epuizare, în convalescență, în răul de röntgen.

In colaps, accidente de narcoză;
intoxicații,
paralizii vasculare, asfixie.

Lichid: Flacoane de 10 gr. -

Tablete: Tuburi de 10 buc.

Fiole: Cutii de 5 buc. à 1,1 cmc.

KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN PERIN

Knoll S. A. R., Str. Atena 29, București 3.



D. D. Medici sunt anunțați pe această cale, că am pus în vânzare noul produs

ANTISCORBIN

Ultima expresie a științei în prepararea produselor de vitamină „C.” (L-Ascorbinat de Sodiu), — Produs ce înlocuește, cu efecte superioare, produsul nostru anterior ASCORBIN.

Binevoiți a reține, deci, denumirea

ANTISCORBIN

Pentru formele :

- a) INJEȚII (L-Ascorbinat de Sodiu) : 0,05/1 cmc — cutia cu 10 fiole
0,10/2 ” ” ” 5 ”
0,50/5 ” ” ” 3 ”

- b) TABLETE (Acid Ascorbic) : Tubul cu 12 Tablete 0,05 gr.

Fabrica HYGEA-CLUJ S. A. R., București

Splaiul Unirii 127

Telefon 4—22—44

Dolantin

Analgeticul și spasmoliticul cu efect sigur

Întrunește în el **proprietăți spasmolitice** neîntrecute cu o puternică **acțiune analgetică** fiind bine tolerat în spasmele musculaturei netede, în colici și în cele mai variate stări dureroase, chiar de forma cea mai gravă.

Tablete: Tuburi de 10, 20 și 250 bucăți de 0,025 gr.

Soluție: Cutii cu 5, 25 și 100 fiole de 2 cmc.

Supozitoare: Cutii cu 5 și 25 bucăți.

Picături: Flacoane cu 10 cmc.

»Bayer«



LEVERKUSEN

Reprezentanța generală pentru România:

„ROMIGEFA“ S. A. R., București I, strada Brezoianu 53, Tel. 6.01.80

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXIV

SIBIUL MEDICAL

Anul IX

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VII

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

SUMARUL:

† Profesorul Dr. Emile Sergent (1867—1943) Pag. 313

Revistă generală :

Prof. Dr. Gh. Popoviciu: Vitaminele și sănătatea copilului „ 315

Articole științifice :

Prof. Dr. C. C. Velluda și Dr. Caius V. Antonescu: Acțiunea acidului l-ascorbic (Vitamina C) asupra inimei izolate de broască în funcție de ioni Ca și K din soluția Ringer „ 318

Dr. Aurel Moga și Dr. Ovidiu Munteanu: Insuficiența arterei pulmonare, consecința unei endocardite maligne gonococice „ 320

Prof. Dr. Grigore Benetato, Dr. R. Oprean, Dr. T. Agârbiceanu și Dr. T. Tudoraș: Conservarea sângelui de om și utilizarea lui pentru transfuzii „ 323

Dr. O. Fodor: Considerațiuni asupra simptomului poliglobuliei în ulcerul duodenal „ 333

Dr. Faur George: Un caz rar de Cutis verticis girata „ 335

Dr. Emil I. Bologa: Un caz de acantoză nigricantă esențială (benignă) „ 338

Dumitru Căprioară și Alex. Cheșeanu: Considerațiuni asupra tumorilor fibromatoase ale ovarului „ 341

Probleme terapeutice :

Dr. C. Giuglea: Policarpina și pneumotoraxul terapeutic în tuberculoza pulmonară „ 343

Conf. Dr. Zeno St. Borza și Dr. Victor Gavrila: Tratatamentul tumorilor albe ale genunchiului la copii, complicate cu poziții vicioase complexe „ 346

Activitatea Instituțiilor sanitare :

Med. Lt. rez. Dr. N. Bumbăcescu: Secția de boli pulmonare ale Spitalului Militar C. VII. A. „ 349

Societăți medicale „ 351

Revista cărților „ 353

Sistemul aortic superior, de Dr. Dorin Dumitrescu. — Clinica bolilor de nas, gât și urechi, Prof. Dr. Emil A. Wessely. — Ortopedie de războiu, de Prof. Dr. Max Langer.

Revista revistelor „ 354

Note și informațiuni „ 356

Înscrierea în anul I la Facultatea de Medicină Cluj-Sibiu. — Decrete, deciziuni.

† Dr. Ioan Pintican (1892—1943) „ 357

Bibliografie „ 358

BIOLACTYL

PREZENTARE: 1. Cultură lichidă (cutii cu 2 și 6 flacoane de câte 60 gr.)
2. Cultură uscată (tuburi cu 30 și 60 comprimate).

Indicațiuni Principale

Putrefacțiile intestinale și auto-intoxicațiile secundare

Toate enteritele, diareile infecțioase, tiflitele, peritiflitele și apendicitele cronice sau sub-acute, disenteria, parazitoze intestinale, dermatozele cu punct de plecare intestinal (eczemă, prurigo, urticarie scrofulus), turburări nervoase prin auto-intoxicații, amețeli, (migrene, insomnii, dureri de cap), etc., și în sfârșit colibacilozele.

Indicațiuni Secundare

Afecțiuni ginecologice:

Vaginite, scurgeri purulente (chiar în timpul sarcinei), plăgi infectate vulvare, vaginale sau cervicale, în lehuzie sau nașteri grele. - Bulionul lactic se prepară imediat înainte de întrebuințare, amestecând cultura lichidă cu lactoză.

Afecțiuni urologice: În cistite; instilațiuni cu BIOLACTYL.

Tratamentul plăgilor: În pansamente umede BIOLACTYL are o remarcabilă acțiune bactericidă și cicatrizantă.

Modul de întrebuințare:

CULTURA LICHIDĂ: Doza mijlocie, un flacon pe zi (câte $\frac{1}{2}$ flacon înaintea celor două mese principale). **CULTURA USCATĂ:** 4—8 comprimate pe zi. Este recomandabil a se lua cu o bucată de zahăr sau apă zaharată, deoarece astfel dezvoltarea intra-intestinală a acidului lactic născând este considerabil favorizată.

LABORATOIRES FOURNIER FRÈRES — PARIS

Eșantioane și Literatură:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEȚIA” S. A. R.

103, Strada Toamnei, BUCUREȘTI III. Telefon 13815

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXIV

SIBIUL MEDICAL

Anul IX

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VII

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Profesorul Dr. EMILE SERGENT

(1867—1943)

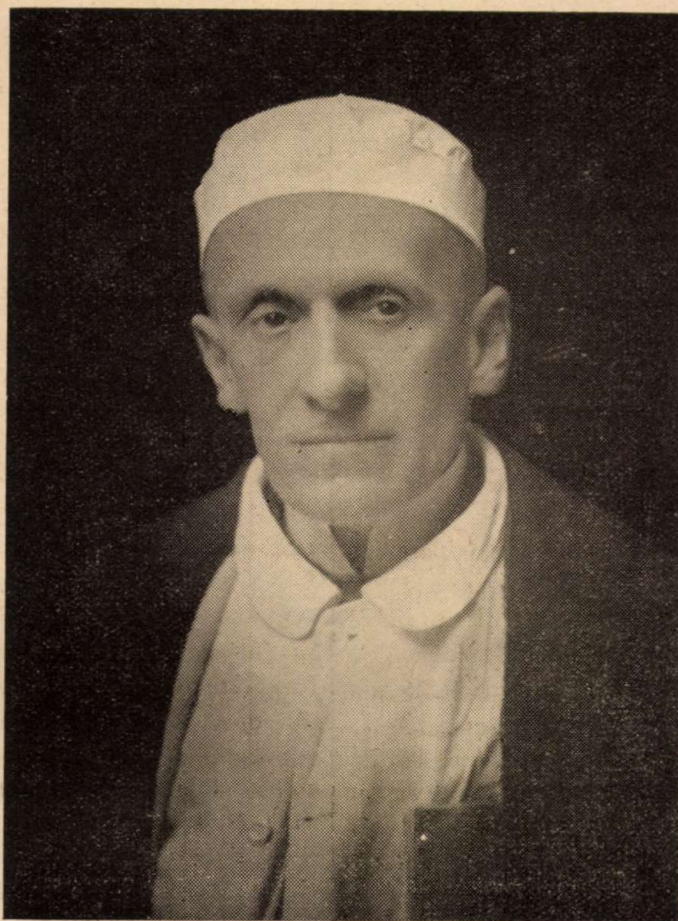
Din Franța ne-a sosit de curând dureroasa știre că profesorul Emile Sergent, a încetat din viață la Paris în ziua de 24 Mai 1943. Prin moartea sa dispărește una dintre cele mai reprezentative figuri ale clinicii franceze și unul din protagoniștii fiziologiei moderne. Medicina românească pierde într'insul un mare prieten și îndrumător, prin școala cărui au trecut cel mai mulți dintre actualii noștri specialiști în boli de pământ. De altcum marele său talent pedagogic, vocația sa de dascăl, claritatea și eleganța verbului său, l-au atras necontenit un mare număr de învățacei din toate țările și nenumărate universități din lumea veche și nouă și-au disputat onoarea de a-l putea asculta cuvântul, sau de a-l numi „doctor honoris causa”.

Continuator direct al operelor iluștrilor săi predecesori Laënnec și Portal, profesorul Sergent a rămas atașat întreaga sa viață metodelor anatomo-

clinice pe care o consideră ca fiind „procedul de investigație cel mai simplu, cel mai fecund în rezultate și poate cel mai sigur din câte au fost utilizate în me-

dicină”. Pentru el însă activitatea clinică nu era numai un prilej de-a aplica la patul bolnavului descoperirile diferitelor ramuri ale științei, ci înainte de toate datorita

de-a întreprinde cercetări menite să îmbogățească patrimoniul științei. El definește clinica ca „o artă științifică” devenită azi „cea mai complexă și cea mai pasionantă dintre științe”. Grație spiritului său de observație pătrunzător și tenacității cu care urmărește problemele, profesorul Sergent reușește să deschidă în medicină drumuri noi, servindu-se de clasică metodă anatomo-clinică. Activitatea sa științifică este într'adevăr prodigioasă și fecundă în rezultate. Ea nu poate fi înfățișată în ansamblul ei în această pagină comemorativă dar nu putem totuși lăsa neamintite lucrările sale originale asupra asociației dintre sifilis și tuberculoză, asupra insuficienței suprarenale, pe care o disociază de boala lui Addison, asupra impor-



PROF. Dr. EMILE SERGENT

tanței terenu'ului în patologie și nenumăratele sale studii asupra afecțiunilor aparatului respirator, în deosebi asupra tuberculozei, prin care contribuie în cea mai

largă măsură la precizarea diagnosticului și evoluției clinice a acestei boli. Fiind printre cei dintâi care recunosc marea valoare a explorării radiologice a plămânului, Sergent aplică această metodă cu bun simț și spirit critic, evitând orice exagerare și nîzuindu-se să dea imaginilor radiologice „o interpretare care să concorde cu ansamblul semnelor și simptomelor înregistrate cu ajutorul celorlalte metode de explorare și care să-și găsească confirmarea în caracterele anatomo-patologice ale leziunilor constatate la autopsie”.

De asemenea nu putem trece cu vederea marile sale tratate: „Technique clinique médicale et séméiologie élémentaire”, tradus și în românește, *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée* (în colaborare cu Ribadeau-Dumas și Babonneix), *Les grandes syndromes respiratoires*, *Exploration radiologique de l'appareil respiratoire*, (în colaborare cu Fr. Bordet, Henri Durand și J. Couvreur), monografia sa despre supurațiile pulmonare sau scrierile sale din domeniul filosofiei medicinei: *L'Éloge de Laënnec*, *L'apologie de la clinique*, *Quelques vérités premières* (ou sol disant telles) *en pneumonologie clinique* și ultima sa publicație apărută cu puțin timp înainte de moarte despre formațiunea intelectuală și morală a elitelor.

Emile Sergent n'a fost numai un savant clinician, ci după cum am arătat de la început, un mare dascăl și șef de școală. Una dintre cele mai pure satisfacții ale vieții sale a fost aceea de a fi întemeiat o „mare familie medicală” al cărei membrii se află răspândiți nu numai în Franța ci în toate țările latine din Europa și America pe care maestrul le-a vizitat în repetate rânduri. A fost de două ori și oaspetele Facultății noastre de Medicină din Cluj și a celei din București, ținând o serie de admirabile lecțiuni clinice și lăsând printre profesori și studenți o neștersă amintire. Învățământul a fost considerat de către Sergent ca o datorie a vieții sale. În discursul pe care l-a rostit cu ocazia solemnității transmiterii unei medalii pe care foștii lui elevi i-au oferit-o în anul 1938 maestrul spunea: „Mon but final n'a pas été la satisfaction d'une ambition personnelle. Il a été surtout l'accomplissement d'un devoir: transmettre à la jeunesse qui constituait ma famille médicale les principes que j'avais reçus de mes maîtres et que mes maîtres tenaient eux-mêmes de leurs maîtres; maintenir les traditions de l'enseignement clinique à la française et de la morale professionnelle”.

Pentru că să-și poată îndeplini această datorie Sergent a trebuit însă să învingă nenumărate greutăți. Deși de-o inteligență scripitoare și posedând o vastă cultură medicală, celebrul profesor de mai târziu, a fost respins la concursul de agregare, luându-l-se astfel orice posibilitate de-a intra în Facultatea de Medicină. Această dureroasă încercare nu l-a descurajat ci l-a

stimulat mai de grabă să întemeieze în clinica sa dela „Hôpital de la Charité” un învățământ medical liber care s'a transformat în scurtă vreme într-o adevărată școală de semelologie medicală, frecventată de un foarte mare număr de studenți și medici. Pentru a recompensa marile sale merite științifice și didactice Academia de Medicină din Paris la ales membru încă din anul 1919, iar după războiul mondial Facultatea de Medicină recunoscând utilitatea reală a învățământului semelologic a rupt cu tradiția și a creiat, cu concursul consiliului municipal, o catedră de clinică propedeutică, după ce mai întâi, printr'un vot exprimat cu unanimitate, a hotărât ca ea să fie încredințată lui Emile Sergent.

N'ași putea încheia aceste rânduri fără să evocăm și latura pur omenească a acestei mari personalități. Fiind unul dintre aceia care au avut fericirea să petreacă timp mai îndelungat în preajma acestui neîntrecut maestru am putut cunoaște și aprecia caracterul său nobil și bunătatea sufletului său, ascunse cu discreție sub o înfățișare în aparență plină de severitate. Pentru elevii săi el a vrut și a izbutit să fie nu numai un șef ci și un părinte, reamintindu-le mereu că „patron” derivă din pater. S'a nîzuit o vleață întreagă să cultive în elevii săi patru calități: știința, experiența, bunul simț și conștiința. Învățământul lui clinic n'a fost numai o școală medicală ci și o înaltă școală de morală profesională. Îmi reamintesc cu emoție cum de multe ori când un tânăr asistent nu știa dacă trebuie sau nu să pună o indicație operatorie într'un caz mai delicat, era sfătuit de maestru să se comporte așa după cum ar face-o, dacă în locul celui bolnav necunoscut s'ar găsi ființa care-l este cea mai dragă pe lume. Fiindcă a fost un om bun și drept profesorul Sergent și-a câștigat în lumea medicală foarte numeroși prieteni devotați și sinceri, dar fiindcă era de-o întransigență adeseori necruțătoare față de cei ce se abăteau dela calea datoriei și onoarei și nu-și ascundea disprețul față de ariviști și impostori, a fost adeseori calomniat. Când venea vorba despre acești detractori pe care obișnula să-l numească „mes bons amis”, profesorul Sergent spunea elevilor săi: „mieux vaut avoir un sale caractère qu'un caractère de salaud” sau „n'oubliez pas que, derrière le masque du bourru, se cachent souvent la bonté vraie et la charité, tandis que le sourire toujours aimable dissimule parfois le mensonge et la trahison”.

Pentru țara noastră și elevii săi români profesorul Sergent a manifestat o afecțiune deosebită și ne dăm bine seama că prin moartea lui pierdem un mare prieten care a adus patriei noastre însemnate servicii. Amintirea lui va trăi de-a pururi în sufletele noastre îndurerate și pline de recunoștință.

Profesor Dr. L. Daniello.

Vitaminele și sănătatea copilului¹⁾

de

Prof. Dr. Gh. Popoviciu

a) Considerațiuni generale asupra vitaminelor.

Se știe de câteva decenți, că alături de proteine, idrați de carbon, grăsimi, săruri și apă, organismul are neapărată nevoie, pentru creștere și pentru nutriția normală, și de vitamine. Cu deosebire e mare trebuința de vitamine a organismului uman sau animal tânăr, în plină creștere. S'a constatat că turburările produse prin lipsa vitaminelor din hrană sunt mai accentuate la copii, cât și la animalele tinere. Se produc pedeparte turburări mai mult sau mai puțin profunde în creștere, culminând cu oprirea ei completă; ele sunt cu atât mai accentuate, cu cât copilul e mai mic și ar trebui să crească mai mult. Se poate spune astfel că fără vitamine nu există creștere. Pedeparte lipsa vitaminelor scade puterea de rezistență față de infecții și produce stări patologice, boli ale nutriției bine definite, numite *carențe* sau *avitaminoze*. Ele variază după vitamina care lipsește din hrană, pot avea un caracter mai ușor sau mai grav, chiar mortal, și se vindecă prin dozele foarte mici ale vitaminelor respective, adăugate în hrană.

Precizarea noțiunii de vitamină sau factori accesorii alimentari și denumirea lor ca atare, o datorăm mai ales lui Hopkins și Funk (1911—1912). În realitate însă încă din antichitate s'au descris boli, care se vindeau prompt la completarea hranei cu anumite alimente. Cercetările experimentale în acest domeniu încep din jumătatea a doua a secolului trecut. Pasteur în 1858 a introdus în experiențele sale, fără să-și dea seama, un factor accesor alimentar, indispensabil pentru dezvoltarea drojiei. În 1897 întâmplarea a vrut ca Eijkmann să devle descoperitorul metodelor experimentale în studiul boalei beriberi. Ca medic al unei închisori din Java, a observat la găinile spitalului ivirea unei paralizii a membrilor, pe care a numit-o polinevrită a găinilor și care era analoagă beriberiului pacienților săi. Boala găinilor s'a vindecat în mod spontan. O anchetă retrospectivă a lui Eijkmann a stabilit, că păsările îmbolnăvite primiseră un timp ca hrană, contrar obiceiului, exclusiv orez decortecat (curățat de coajă, de tărâțe) din resturile bucătăriei spitalului și că ele s'au vindecat așa zicând din ziua din care iar li s'a dat vechea hrană, cu coajă.

Această descoperire a lămurit etiologia boalei corespunzătoare la om, cunoscută sub denumirea de

beriberi, și a soluționat tratamentul ei. Dar rezultatele practice nu s'au mărginit numai la atât. Descoperirea de a se putea produce boala și la păsări, a deschis câmp larg cercetărilor, limitate până aci numai la om. Alături de beriberi, metoda experimentală prin cercetări pe animale ne-a dat acel avânt, care a dus nu numai la cunoașterea modului de producere al avitaminozelor mai manifeste și la vindecarea lor promptă, dar totodată ne-a arătat mecanismul intim din acțiunea diferitelor vitamine, a ajutat să se descopere structura lor chimică și a făcut cunoscute noi stări de carențe și noi vitamine.

b) Acțiunea vitaminelor. Definiția și clasificarea lor.

Ce sunt vitaminele, cum acționează?, — sunt întrebări la care răspunsul nu poate fi dat cu ușurință. El nu mai este azi atât de simplu, pe cât era înainte cu 1—2 decenți, când cunoștințele noastre asupra acțiunii vitaminelor erau încă foarte reduse. În tot cazul vitaminele nu sunt substanțe alimentare în sensul propriu zis, vechiu, rezervat nu numai în primul rând pentru proteine, idrați de carbon, grăsimi, dar și pentru apă și săruri. Dintre acestea proteinele (proteidele), idrații de carbon (glucidele) și grăsimile (lipidele), — grupul de substanțe alimentare organice, — acopăr trebuințele calorice ale organismului, fiind purtătoare de energie și dând căldura necesară. Trebuința organismului față de ele, în primul rând față de proteine, este cu atât mai mare, cu cât este mai tânăr. Ea e mărită din cauza creșterii, condiționată de ardere mai intense, schimburi mai vii de substanțe și de retenția lor exagerată. Restul de substanțe alimentare, apa și sărurile, constituie partea neorganică a organismului. Apa este substanța alimentară cea mai necesară tuturor organismelor și cu deosebire copilului de săn, organismul copilului fiind în genere mai bogat în apă ca al adultului, din cauza reacțiilor chimice și a schimbului de materii, mai intense la organismul tânăr, toate condiționate de prezența apei („corpora non agunt, nisi soluta”). Sărurile (mineralele) nu sunt izvoare de energie, ca substanțele alimentare organice. Partea lor cea mai însemnată se întrebuintează spre scopuri plastice, la edificarea noulor celule. În același timp însă ele au un rol foarte important funcțional, dinamic, asigurând echilibrul osmotic și acidobazic. Unele au acțiuni bine definite, speciale, care variază după sarea res-

¹⁾ După conferința ținută în Ciclul Extensiunii Universitare, la Sibiu, în 29 Ianuarie 1943.

pectivă (și Ioni). Deci nu pot fi înlocuite una cu cealaltă.

De altfel nici substanțele alimentare organice nu servesc numai ca izvoare de energie, ci au în parte și acțiuni specifice în schimbul de materii (metabolism). Astfel proteinele asigură în același timp minimumul de N; idrații de carbon sunt indispensabili în metabolismul proceselor de ardere; de asemenea o parte a grăsimilor (sau lipidelor), așezate lipolide, au și ele o acțiune bine precizată, specială. Toate aceste substanțe alimentare din urmă cu acțiune bine definite, speciale, constituie așa zisele „principii (substanțe) protectoare” spre deosebire de cele de mai sus, purtătoare de energie, așa zisele „principii calorice (calorifice)” sau „substanțe de încălzire” care până la un punct pot fi înlocuite întreolaltă.

Vitaminele pot fi asimilate acestui grup de principii protectoare. Ele de asemenea au o acțiune specifică și sunt absolut necesare. Cum am văzut, trecerea de la substanțele alimentare propriu zise, dinspre grupul de principii calorice peste cele de apărare, spre vitamine, e treptată. În niciun caz vitaminele nu sunt mai indispensabile, ca vechile substanțe alimentare bine cunoscute. Lipsa vitaminelor periclitează viața într-o măsură chiar mai redusă ca lipsa de proteine, idrați de carbon, săruri și apă. Avitaminoza, carența în vitamine, rămâne multă vreme compatibilă cu viața; ea dă o turburare de nutriție cu *disergie* (scăderea rezistenței), dar adesea fără distrofie (adecă fără o turburare obligatorie a creșterii). Disergia este nespecifică și poate produce la rândul său, prin scăderea vitalității și printr'un oarecare factor nociv, moartea copilului. Turburările produse prin lipsa de vitamine se dezvoltă relativ *încet* și până la transformarea lor în boli avem timpul disponibil de a interveni.

Vitaminele sunt *regulate ale metabolismului*. Ele pot participa la *formarea fermenților și hormonilor*. Ca și cofermenți, se transformă în legătură cu apofermenții în (h)ofermenți. Procesul chimic prin care o vitamină inactivă sau o provitamină fără efect se transformă într'un grup foarte activ (coferment), este foarte simplu: de desidratare, idratare, decarbolizare, sau reducere. Se pare că acele vitamine care se utilizează fără asemenea transformări, se elimină fără niciun folos, dacă nu sunt depozitate în organism, cum este de ex. vitamina D. Vom reveni asupra acestor transformări, mai jos (pct. f). Procesul de transformare al cofermenților în legătură cu apofermenții în olofermenți, este reversibil:

Coferment + apoferment $\rightleftharpoons$ oloferment.

Definiția vitaminelor după toate acestea nu este ușoară. Conform celor arătate, ele sunt *substanțe introduse în organism prin hrană*, care au *acțiuni biologice specifice în cantități mici și în a căror lipsă se*

produc stări patologice definite (avitaminoze), alături de *acțiuni generale ca împiedecarea creșterii și rezistența scăzută față de infecții*. După cunoștințele actuale, unele vitamine se introduc în organismul animal într-o formă prealabilă (de provitamină) și se transformă apoi în celule în forme active, prin corpi catalitici sau prin energia radiantă. Substanțele astfel rezultate nu pot fi în întregime formate în celula animală și *n'au valoare calorică*.

Clasificarea vitaminelor se face după solubilitatea lor, în un mare grup de vitamine solubile în grăsimi (*liposolubile*) și un altul solubil în apă (*idrosolubile*). Numărul vitaminelor e încă tot în creștere. La început erau cunoscute numai vitamina A (liposolubilă), anti-xerofthalmică, cu avitaminoza corespunzătoare A (xerofthalmia, cheratomalacia) și vitamina B (idrosolubilă), anti-neuritică, cu avitaminoza B (beriberi). Li s'a adăugat treptat vitamina C (cu scorbutul), vitamina D (cu rahitismul), etc. De dată mai nouă vitaminel cu acțiunea vechi vitamine B i s'a rezervat denumirea de B₁, iar celelalte vitamine din aceeași substanță minimală, care conține vitamina B₁, s'au izolat ca vitamină B₂, B₃, B₄, B₅, B₆. Vitamina B₂ s'a dovedit și ea constituită (ca și complex de vitamine B₂) din mai mulți factori: factorul creșterii (lactoflavina), anti-pelagros (acidul nicotinic), anti-anemic (emogenul). Se mai cunosc azi vitamina H (H'), K și P. Progresul mare făcut îl arată și cunoașterea, în cele mai multe cazuri precisă, a structurilor lor chimice (făcută incl. cu colaborarea autorilor români, care au elucidat, adesea primul, și alte numeroase probleme importante din domeniul vitaminelor și avitaminozelor).

În producerea diferitelor avitaminoze joacă rol, alături de lipsa vitaminel respective, și o serie de *alți factori* (de ex. în rahitism o anumită proporție a Ca-lui și P-lui din hrană, plus efectul trofotox al toxaminelor din cerealele hranei).

c) Importanța vitaminelor pentru organismul în creștere.

Importanța vitaminelor pentru sănătatea copilului e dată prin cele două fenomene speciale observate în carența (lipsa) de vitamine: 1. *turburările în creștere*, 2. *scăderea puterii de apărare față de infecții*. Ele sunt mai accentuate la copilul de sân și la începutul așa zisel micilor copilării (adecă în etatea de după 1 an). Fenomenul principal care caracterizează copilăria, este creșterea. Când ea lipsește, lipsește condiția esențială normală a acestei perioade de vârstă. Acest fapt arată gravitatea turburării pe care o poate produce lipsa de vitamine la copil.

Cauza susceptibilității mărite a copilului față de avitaminoze se datorește caracterului special, amintit deja, al metabolismului (schimbul de materii, arderea

la copil față de adult. Pentru ca creșterea să poată avea loc în condiții normale, copilul mic trebuie să aibă un *metabolism* de 2—3 ori *mai viu*, ca un adult care își menține numai starea actuală. În consecință copilul are nevoie de o cantitate corespunzătoare mărită de substanțele alimentare; el are inclusiv o *trebuință mărită de vitamine* față de adult, care dispune de depozite relativ mari ale acestor substanțe. Evident că lipsa vitaminelor va produce cu mai multă ușurință diminuarea proceselor de metabolism ca la adult, oprind în cele din urmă creșterea.

Când copilul de sân e nutrit natural, cu lapte de mamă, trebuința vitaminică e acoperită. În caz de alimentație *artificială* însă, cu lapte de vacă, se pot produce ușor greșeli, trebuința vitaminică rămânând nesatisfăcută. Spre deosebire de adult, care își alege hrana și-și satisface necesitățile alimentare condus de instinct și pricepere, copilul de sân hrănit artificial și copilul mic trecut de 1 an sunt la discreția părinților și îngrijitorilor lor, în ceea ce privește alegerea hranei. Din cauza slăbiciunii instinctului copilul de sân acceptă adesea timp îndelungat orice hrană unilaterală, monotonă, care poate da naștere la tulburări de nutriție grave, cu distrofii, avitaminoze sau cel puțin ipovitaminoze. Rezistența față de infecții scade, copilul nu mai crește în greutate și în sfârșit nici în lungime.

La acestea se adaugă încă un factor important: la copilul mic avitaminoza se produce nu numai prin lipsa din hrană a vitaminelor, dar și prin *tulburări de nutriție* (sau *digestive*) *acute* (*diarei*) sau prin *stări febrile* (*infecțioase*). În aceste stări și tulburări trebuința vitaminică e mult mărită și dacă nu e satisfăcută, inclusiv în convalescență, se pot produce carențe de vitamine. Printr-o legătură de cerc vicios lipsa (carența) de vitamine (avitaminoza sau numai ipovitaminoza), produsă prin tulburări de nutriție (sau digestive) acute de origine alimentară sau infecțioasă sau prin alte afecțiuni febrile infecțioase, scade rezistența față de noi infecții, care la rândul lor agravează și mai mult carența în vitamine și tulburările de nutriție. În felul acesta se ajunge la stări grave distrofice, ipo- și avitaminoze. Asemenea stări se îndreaptă, adesea brusc, printr-o hrană bogată în vitamine, care mărește în același timp și rezistența față de infecții.

Creșterea este mult întârziată în *lipsa vitaminei A* (afectate cu deosebire în grăsimi, pește, unt, gălbenuș de ou, ficat, untura de pește, plantele verzi, morcovi). Întâlnim o întârziere a creșterii (în greutate și lungime) prin lipsa de vitamină A (considerată mai de mult ca

vitamina propriu zisă a creșterii), mai ales la copiii din orașele mari și în două stări patologice, în cellacie (infantilism intestinal) și în tulburările de nutriție produse prin excesul de făinoase. În cellacie e insuficientă resorbția grăsimii. În tulburările de nutriție prin excesul de făinoase lipsește grăsimea din hrană (din cauza cantității insuficiente a laptelui). În cellacie mai lipsește și vitamina B₂ (lactoflavina din complexul de vitamine B₂ este un factor important al creșterii la animale). Creșterea e întârziată și în lipsa vitaminei C (în stările precorbuțice) și este mărită la un plus al acestor vitamine (în vârsta școlară s'ar obține astfel creșteri în lungime). Vitamina C se găsește mai ales în sucurile crude de fructe. Acest efect al diferitelor vitamine se observă și în experiențele la animale. În acestea se mai obține sigur creșterea prin vitaminele B₁ și D. La copil lipsa vitaminei B₁ (din țărâțe) pare a împiedeca creșterea tot în distrofiile produse prin excesul de făinoase, cât și în cele date de inanție. Plusul de vitamină D (produs prin insolarea mai intensă) pare a fi împreună cu alimentația mai bună, bogată și în alte vitamine și peste tot cu igiena mai bună) cauza principală a creșterii accelerate, observată în ultimele două decenii la tineretul celor mai multe națiuni culte, cu deosebire în orașele și în clasele bine situate. Ea începe încă din perioada școlară și merge paralel cu o dezvoltare sexuală mai precoce, ca la generațiile predecesoare. Nu s'a putut stabili încă, dacă și ca rezultat final creșterea este astfel mărită.

d) Vitaminele și rezistența față de infecții.

Am accentuat în cele de până aici, că alături de împiedecarea creșterii, lipsa de vitamine produce un al doilea simptom principal, mai mult sau mai puțin comun tuturor avitaminozelor. Acest al doilea simptom, rezistența scăzută față de *infecții* sau *disergia*, este încă și mai izbitor ca creșterea insuficientă (distrofia), aceasta din urmă putând adesea să lipsească. Rezistența scăzută din avitaminoze este și *mult mai periculoasă*, infecțiile diferite obișnuite ale copilului luând în un asemenea organism forme mult mai grave și agravând, prin mecanismul mai sus arătat, tot mai mult avitaminoza, iar aceasta la rândul său infecția. Se știe că dintre avitaminozele copilului mai ales rahitismul predispune pentru afecțiunile respiratorii (pneumonie, bronhopneumonie), scorbutul copilului de sân, pentru bronhopneumonie, difterie, xeroftalmia pentru bronhopneumonie, iar în tropici pelagra și beriberi pentru diferite infecțiuni mortale.

(Continuare în numărul viitor).

Articole științifice

Acțiunea acidului l-ascorbic (Vitamina C) asupra inimii izolate de broască în funcție de ionii Ca și K din soluția Ringer

de

Prof. Dr. C. C. Velluda și Dr. Caius V. Antonescu

Pe cât de mult e studiat acidul l-ascorbic (vitamina C) și destul de bine cunoscut în ce privește partea lui chimică și aplicațiile lui terapeutice, pe atât e de puțin studiată și cunoscută farmacodinamia lui. Puținele date în această privință sunt cu totul incomplete și în mare parte contradictorii.

Astfel, asupra acțiunii lui cardiace, datele lipsesc aproape complet. Într-o lucrare a lui Hans Kreitmair, apărută în 1935, „Beiträge zur Pharmakologie der Ascorbinsäure (vitamin C)” în „Archiv für Experimentelle Pathologie und Pharmakologie”, acest autor relativ la acțiunea lui cardiacă găsește că, acidul ascorbic produce o scădere moderată a prestunel san-

asupra inimii și preparatelor izolate sau asupra celor în situ.

Lucrările în această privință, începute în Institutul nostru, caută să precizeze mai bine acțiunea farmacodinamică a vitaminei C, asupra inimii și circulației.

Metoda utilizată de noi, a fost a inimii izolate de broască după Straub, folosind ca soluție fiziologică de perfuzare, sol. Ringer (ClNa 6‰, ClK 0,10‰, Cl₂Ca 0,10‰, CO₂NaH 0,20‰, glucoză 1‰), iar ca substanță de studiat sol. comercială de l-ascorbinat de sodiu.

Relativ la acțiunea vitaminei C pe inima izolată de broască, singurele date găsite în literatura cercetată, până în prezent, în sensul cercetărilor noastre este lucrarea deja citată a lui Supniewski și J. Hans, în care după cum am văzut, autorii găsesc fie o mărire neînsemnată a amplitudinilor sistolice cardiace, fie niciun efect cu doze de concentrație până la 1/500.

Din acest punct de vedere, rezultatele cercetărilor noastre diferă.

I. Astfel în sol. Ringer la care am adăugat ascorbinat de sodiu

în concentrație de 1,25/500 — adică 2,50‰ — am constatat pe inima izolată de broască, un inotropism evident negativ.

Mărind concentrația dela 2,50‰ la o conc. de 5‰, inotropismul negativ se menține accentuându-se. După o spălare cu Ringer fără vitamină, inima își refacă contracțiile la normal după cum se vede clar din grafica (Fig. 1).

Mărind și mai mult concentrația vitaminei C până la 10‰, inotropismul prezintă diferențe apreciabile în ce privește amplitudinile față de experiențele precedente, dar inima se refacă cu greu și treptat, după spălare cu Ringer, după cum reiese din grafica dela (Fig. 2).

II. Căutând acțiunea vitaminei C într-o soluție Ringer în dezechilibru ionic, am constatat că: eliminând ionul Ca din sol. Ringer și înlocuindu-l cu vitamină C¹⁾,

¹⁾ De remarcat că, indiferent de modificările aduse în echilibrul soluției Ringer, vitamina C este în aceeași proporție, 5‰.

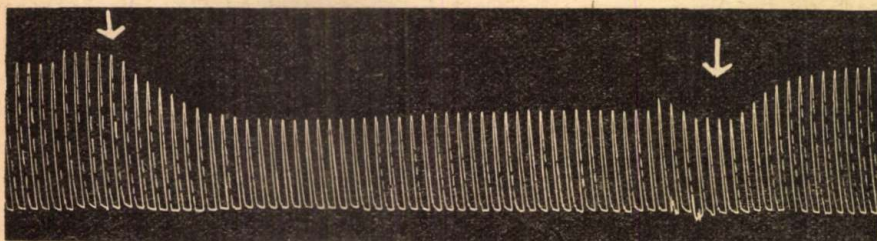


FIG. 1.

Inimă izolată de broască metoda Straub, montată cu ser Ringer. — La ↓ se înlocuiește sol. Ringer cu o sol. Ringer conținând 5‰ acid l-ascorbic (ascorbinat de sodiu). La ↓ se schimbă din nou cu sol. Ringer normal.

gulne și o ușoară depresie cardiacă. Autorul citat a lucrat pe un preparat de inimă-plămân izolat de câine și perfuzat.

În 1935 I. V. Supniewski și J. Hans, în aceeași revistă publică cercetările lor „Über einige pharmakologische Eigenschaften der Ascorbinsäure”, unde relativ la acțiunea vitaminei C asupra circulației (lucrând cu 50—100 mgr/kg în injecțiunile în vâna femurală), găsește din contră o ridicare de 15—60 mm Hg a presiunii sanguine, la pisici. Perfuzând în situ inima de broască, acești autori, obțin o vasodilatație cu 1/10 ml ascorbinat de sodiu. Experimentând mai departe și pe inima izolată de broască, autorii citați, întrebându-se acid ascorbic neutralizat, în concentrația dela 1/10 ml — 1‰, obțin o neînsemnată mărire a amplitudinilor cardiace. Aceeași soluție în concentrație de 1/500 nu produce nicio modificare.

Există după cum vedem, date nesigure, datorite pe de o parte insuficienței de cercetări și pe de altă parte și faptul unei acțiuni diferite a vitaminei C,

apare o curbă tipică de acțiune a soluției Ringer fără ionul Ca, respectiv o acțiune potasiică, cu deosebirea că în acest caz inotropismul negativ și tonotropismul pozitiv, produs de Potasiu sunt foarte pronunțate, ele se accentuează din ce în ce, inima urmând să-și epulzeze în scurt timp contracțiunile. Acțiunea depresivă a vitaminei C a accentuat deci și mai mult depresivitatea produsă prin lipsa ionului Ca din soluție (Fig. 3). După spălare inima își revine.

III. Aceeași experiență, înlocuind ionul K prin vitamina C, curba rămâne nemodificată de această dată (Fig. 4).

Ar exista deci în acest din urmă caz un nou echilibru ionic, ca și când valoarea ionului K, absent,

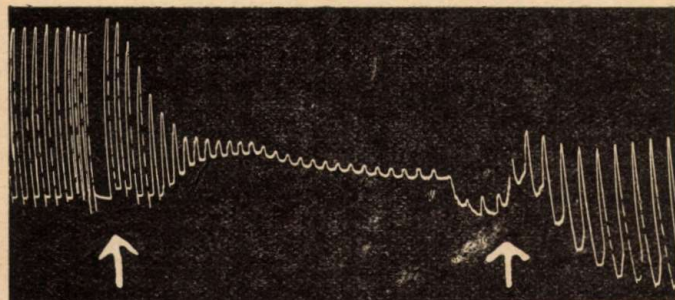


FIG. 3.

Inimă izolată de broască metoda Straub, montată cu ser Ringer. La $\uparrow$ se schimbă cu o sol. Ringer lipsită de ionul Ca și conținând 5‰ ascorbinat de sodiu. — La $\uparrow$ înlocuire cu ser Ringer normal.

a fost înlocuită cu cea a vitaminei C. Dacă adăugăm acum ionul K, reapare (după cum se vede din aceeași grafică), tipul sol. Ringer echilibrat + vitamină C (ca în graficele dela fig. 1 și 2).

Aceasta ar demonstra că acțiunea deprimentă asupra inimii, a vitaminei C, ar fi în funcție numai de ionul K în sensul că: absența lui din echilibru Ca/K a soluției Ringer, împiedică acțiunea depresivă a

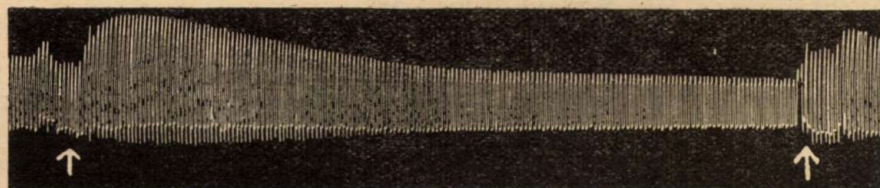


FIG. 5.

Inimă izolată de broască metoda Straub, montată cu ser Ringer. — La $\uparrow$ se schimbă cu sol. Ringer în care ionul Ca este în proporția de 0,40‰ și conținând 5‰ ascorbinat de sodiu. La $\uparrow$ înlocuire cu ser Ringer normal.

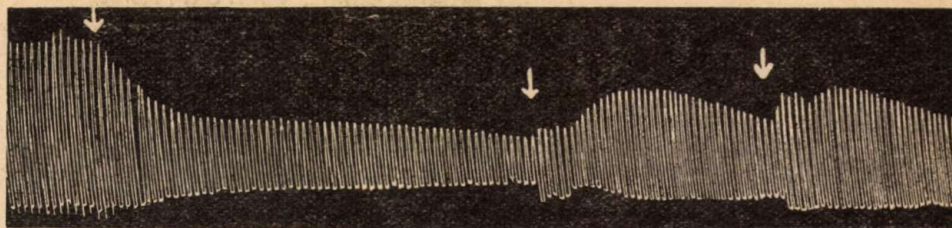


FIG. 2.

Inimă izolată de broască metoda Straub, montată cu ser Ringer. — La $\downarrow$ se schimbă cu o sol. Ringer conținând 10‰ ascorbinat de sodiu. La $\downarrow$, $\downarrow$ spălare cu sol. Ringer normal.

vitaminei C, pe când prezența ionului K, fie în echilibru Ca/K fie în absența calciului, acțiunea depresivă a vitaminei C apare evident.

IV. Am dus însă cercetările și mai departe, căutând efectele și după desechilibrarea proporției celor doi ioni din soluția Ringer, vitamina C continuând a fi prezentă. Am variat separat procentul fie a calciului, fie a potasiului, dela 0,10‰, la 0,40‰, procentul celuil-

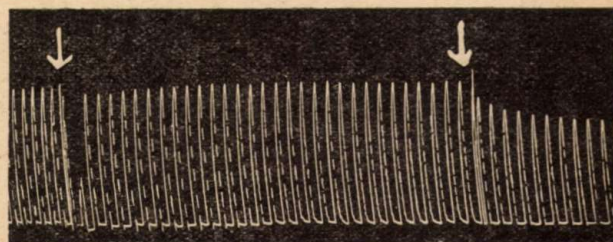


FIG. 4.

Inimă izolată de broască metoda Straub, montată cu ser Ringer. La $\downarrow$ se înlocuiește cu ser Ringer lipsit de ionul K și conținând 5‰ ascorbinat de sodiu. La $\downarrow$ înlocuire cu ser Ringer normal conținând 5‰ ascorbinat de sodiu.

lalt rămânând neschimbat la 0,10‰, constatând următoarele:

Surplusul de calciu, în acest sens, nu influențează depresivitatea produsă de acidul l-ascorbic (Fig. 5). La început însă, există o scurtă fază de acțiune calcică, evidențiată printr'un inotropism pozitiv, după care urmează depresivitatea vitaminică constantă. Acțiunea inotropă pozitivă a calciului, a frenat într'un prim timp, efectul depresor al vitaminei C, efect care nu apare în soluția echilibrată.

Schimbând echilibrul în favoarea potasiului, adică măritnd procentul acestui ion la 0,40‰, am obținut depresivități variind ca intensitate. Unele din ele prezentau tipul obișnuit al depresivității produse de acidul ascorbic în sol. Ringer echilibrată (evidențiat în graficele de mai sus); altele prezentau depresivități foarte

accentuate, înfățișând tipul depresiei produse numai de ionul K, asupra inimii (Fig. 6).

În acest ultim caz, fenomenul trebuie atribuit, nu numai acumulării acțiunii ionului K cu efectul vitaminic, ci și unei sensibilități speciale ale unora dintre inimi.

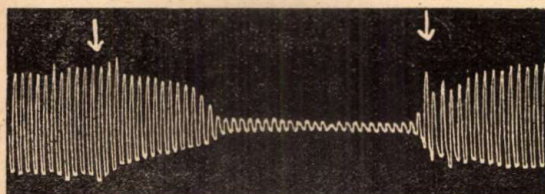


FIG. 6.

Inimă izolată de broască metoda Straub, montată cu ser Ringer. — La ↓ înlocuire cu ser Ringer în care proporția ionului K este de 0,40‰ și conținând 5‰ ascorbinat de sodiu. La ↓ înlocuire cu ser Ringer normal.

În concluzie, din rezultatele cercetărilor de mai sus reiese:

1. Acțiunea net depresivă a acidului l-ascorbic (vitamina C) în soluție Ringer, asupra inimii izolate de broască.
2. Acțiunea ei depresivă apare mult mai accentuată, în absența ionului Ca din soluția Ringer.
3. Lipsa acțiunii depresive a vitaminei C în soluție Ringer fără ionul K.
4. Efectele depresive ale vitaminei C, se mențin și după desechilibrarea procentuală a ionilor K și Ca din soluția Ringer.
5. Apare evident, absolută necesitate a prezenței ionului K în soluția Ringer, pentru ca vitamina C să acționeze depresiv.

INSTITUTUL DE FARMACOLOGIE DIN CLUJ-SIBIU
Director: Prof. Dr. C. C. Velluda.

RESUMÉ

L'action de l'acide l-ascorbique (vitamine C) sur le coeur isolé de la grenouille, en fonction des ions Ca et K dans la solution Ringer.

Les auteurs en expérimentant sur les coeurs isolés des grenouilles, avec l'acide l-ascorbique (vitamine C) dans la solution Ringer, sont arrivés aux conclusions suivantes:

1. Action nettement dépressive de l'acide ascorbique (vitamine C) dans la solution Ringer, sur le coeur isolé de la grenouille.
2. Son action dépressive paraît plus accentuée en l'absence du ion Ca de la solution Ringer.
3. L'absence de l'action dépressive de la vitamine C en solution Ringer privée du ion K.
4. Les effets dépressifs de la vitamine C se maintiennent, aussi après le déséquilibre procentuel des ions K et Ca de la solution Ringer.
5. D'après toutes ces expériences on voit la nécessité absolue de la présence du ion K dans la solution Ringer, pour que la vitamine C ait une action dépressive.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Wirkung der l-Ascorbinsäure (C-Vitamin) auf das isolierte Froschherz in Beziehung zu den Ca und K-Ionen der Ringer-Lösung.

Während ihrer Arbeit über die Wirkung der l-Ascorbinsäure (C-Vitamin) auf das isolierte Froschherz-gelangen die Autoren zu folgenden Ergebnissen:

1. Die rein depressive Wirkung der l-Ascorbinsäure (C-Vitamin) in der Ringer-Lösung auf das isolierte Froschherz,
2. Ihre depressive Wirkung erscheint um vieles verstärkt, wenn die Ca-Ionen aus der Ringer-Lösung fehlen.
3. Das Ausbleiben der depressiven Wirkung des C-Vitamins wenn die K-Ionen aus der Ringer-Lösung fehlen.
4. Die depressive Wirkung des C-Vitamins bleibt auch nach der procentuellen Deschilibrierung der K und Ca-Ionen der Ringer-Lösung nicht aus.
5. Klar erscheint die unbedingte Anwesenheit des K-Ions in der Ringer-Lösung; damit das C-Vitamin depressiv wirken soll.

Insuficiența arterei pulmonare, consecința unei endocardite maligne gonococice

de

Dr. Aurel Moga și Dr. Ovidiu Munteanu

Afecțiunile valvulelor arterei pulmonare sunt rare. Edens sumând statisticele mai multor autori asupra frecvenței diverselor afecțiuni valvulare, constată că din 5.535 cazuri, abia în 23 sunt interesate valvulele pulmonare, ceea ce reprezintă un procent de 0.41. Acest procent cuprinde atât stenoza cât și insuficiența pulmonară.

În ceea ce privește insuficiența arterei pulmonare, în clinică observăm mai des insuficiența funcțională, în

afecțiunile care evoluează cu o hipertensiune în circulația mică (stenoza mitrală). Insuficiența organică apare de obicei ca o afecțiune asociată stenozei pulmonare (Barté).

Insuficiența arterei pulmonare ca o afecțiune independentă, neasociată altel leziunilor, este o constatare cu totul excepțională. Hochrein, în tratatul său, publică o statistică a bolnavilor de inimă examinați în anii

Sanatoriul St. Blasien

Altitudine 800 m.



Prospecte ilustrate gratuite.

Condițiuni climatice favorabile.

Climat curativ special.

Stabilimentul particular cel mai înalt
situat din Germania pentru

bolnavi de plămâni

într-o poziție privilegiată în regiunea sudică a
pădurii Schwarzwald.

COSTUL TRATAMENTULUI:

În camere pt. două persoane dela RM 9

În camere pentru o persoană dela RM 11

Medic Șef: **Profesor Dr. A. Bacmeister**

Medic Conducător: **Dr. A. Emmeler**
Chirurg

SANATORIUL ST. BLASIEN

Südl. Bad. Hochschwarzwald
Bahnhof Seebrugg (Deutschland)

Scillozal

Glicosidul cardiac
maniabil cu mari po-
sibilități de dozare.

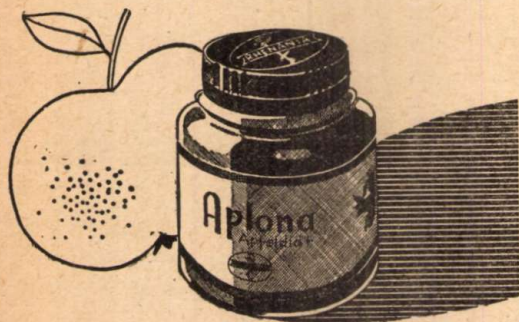
ASTA AKTIENGESELLSCHAFT · CHEM. FABRIK · BRACKWEDE



Literatură și eșantioane vă
stau cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R., Strada Sft. Ionică No. 8, București

Un antidiareic politrop în loc de măsuri medicamentoase multiple



Proprietatea de absorbție și puterea de desinfecție a combinațiilor de cărbune, tanin sau medicamentelor similare, administrate per os sau rectal, se epuizează prea curând, „Aplona”, lipsită de inconvenientele mărului crud, întrunește însușirile unui medicament specific, cu acelea ale unui agent dietetic natural.

Ambalaj original: borcan de sticlă 100 g.

Aplona

dieteticul medicamentos

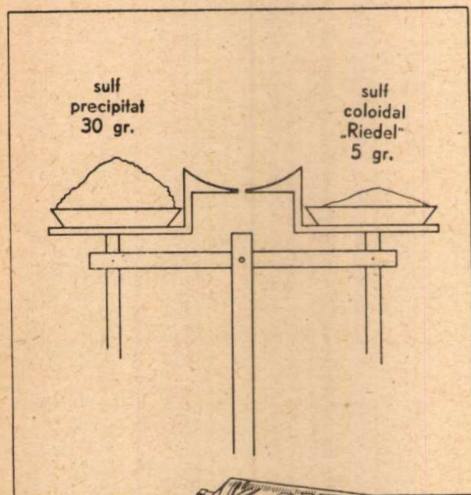
dă consistență scaunului — desintoxică — regularizează peristaltismul intestinal.



„Rhenania” Pharmazeut. Abteilung der Kali-Chemie Aktiengesellschaft.

Depozitari pentru România: Pharmag S.A. Brașov, Strada Regina Maria, 18.

CATAMIN



conține SULF COLOIDAL

Grație concentrației mici se evită iritațiunile.

Acțiunea puternică este asigurată prin dispersiunea în particule mici.

Indicațiuni:

Scabie
Pitiriază
Eczeme
Prurigo
Intertrigo
Acnee



Forme de prezentare: Tuburi de 30 și 55 gr.

J. D. RIEDEL E. de HAËN, A.-G. BERLIN-BRITZ

Reprezentant pentru România: **RUDOLF FOREK**

București III, Str. G-ral Eremia Grigorescu, 6

1928—1934 la Clinica Medicală din Lelzlg. Dintr'un număr de aproximativ 800—2.200 de cardiaci consultați anual, a găsit abea 3 cazuri de insuficiență pură a arterei pulmonare.

O leziune valvulară atât de rară ar putea să nu prezinte un interes practic deosebit. Observația care formează subiectul acestei lucrări, are totuși unele particularități din punct de vedere clinic și etiologic, pentru care am crezut că merită să fie descrisă.

Soldatul I. M., de 44 ani, necăsătorit, este trimis de către Spitalul Militar Sibiu, în ziua de 16/IV 1943, la consultațiile Clinicei Medicale II. pentru examenul aparatului cardio-vascular.

Anamneza: la 18 ani a suferit de blenoragie (uretrită, cistită, prostatită), care nu s'a vindecat atunci complet. La 30 ani șancru dur cu R. Wassermann pozitivă, tratat incomplet cu Bismut și Neosalvarsan. În anul următor suferă de tuberculoză pulmonară, pentru care a urmat o cură la Davos.

La vârsta de 29 ani, blenoragie veche nefiind vindecată, pacientul a urmat un tratament cu Gono-Jatren. După a 6-a injecție prezintă fenomene de poliartrită acută. După două săptămâni are frisoane cu temperatură de 40° , transpirațiuni etc. Frisoanele se repetă la început tot la trei zile, pe urmă tot la două zile.

I s'a stabilit diagnosticul de malarie. Tratamentul instituit însă n'a dat rezultat, dimpotrivă accesele au devenit zilnice, temperatura urcându-se până la 40° — 41° C. Este internat într'un sanator din Timișoara unde medicii îi fac diagnosticul de: *Septicemie gonococică* și îi stabilesc un prognostic infaust.

În timpul acestei boale pacientul a simțit palpații și jenă precardiă, iar medicii iau constatat o *complicație cardiacă*.

Starea septică a durat trei luni. Dela această boală pacientul are palpații și dispnee la efort, uneori dureri presternale în formă de bară. Până la data examinării făcută de noi, pacientul n'a avut niciodată accidente cardiace mai grave.

Tot ceea ce se găsește patologic la examenul obiectiv, se referă la aparatul cardio-vascular. Se constată un frează diastolic în spațiul al III-lea intercostal stâng. Tot la acest nivel se constată un suflu diastolic puternic, dur, cu tendințe de propagare de-a-lungul sternului. Matitatea precardiă este între limitele normale. T. A. 16—10 (Recklingh). Pulsul 84 de bătăi pe minut.

Radiologic inima este de configurație și diametre normale. Arcul mijlociu este bombat, alungit, cu pulsații foarte ample și vii. Ramurile mari ale arterei pulmonare sunt dilatate și animate de asemenea de pulsații sistolice ample și vii, având toate caracteristicile „dansului hilar”, descris de Pezzi-Salingardi. (Vezi figura).

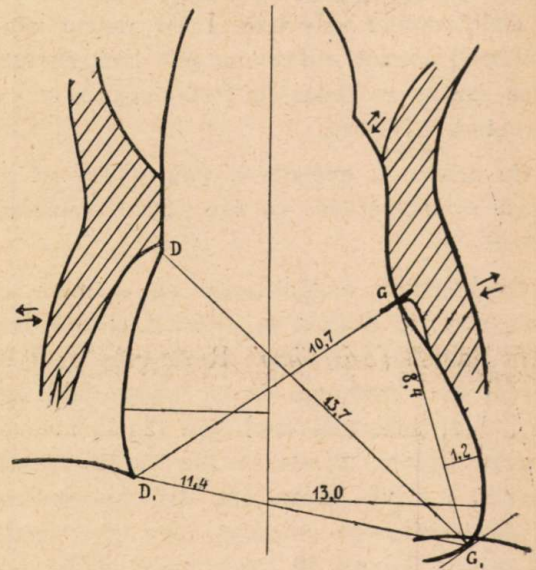
Electrocardiograma are un aspect normal.

În baza acestor simptome se poate stabili cu certitudine diagnosticul de: *Insuficiență organică a arterei pulmonare*. Se elimină ușor diagnosticul de *insuficiență aortică*, pentru că lipsesc simptomele periferice și radiologice ale acestei boli. Stenoza mitrală ar da ritmul Durrozlez, iar la ecran o configurație tipică mitrală, ceea ce nu s'a constatat în cazul nostru.

Constatarea unei leziuni valvulare, impune întotdeauna necesitatea de a-l elucida cauza.

Insuficiențele organice ale arterei pulmonare adeseori sunt congenitale. În cazul nostru niciun argument

nu pledează pentru originea congenitală. Insuficiența congenitală ar fi asociată altel leziuni de exemplu unei stenoze pulmonare. Pe de altă parte pacientul nostru până la vârsta de 29 ani a fost un sportiv pasionat și a făcut timp de 2 ani campania din războiul mondial trecut. Inima avea deci o capacitate funcțională bună. A fost examinat de medici în repetate rânduri și nu l-au constatat nicio afecțiune cardiacă. Ori, un suflu atât de puternic nu putea fi trecut cu vederea. De altfel, primele simptome cardiace au apărut în legătură cu septicemia gonococică, înaintea infecțiunii sifilitice. Atunci i s'a constatat pentru prima dată o afecțiune car-



diacă, pe care medicii au atribuit-o gonocociemiei și această complicație cardiacă l-a determinat să facă un prognostic atât de grav.

Credem că se poate afirma cu destulă certitudine că, în cazul nostru, leziunea valvulelor pulmonare este consecința unei endocardite gonococice. Descoperirea pe care a făcut-o pacientul nostru, septicemia de care a suferit în anul 1929 corespunde tabloului clinic al septicemiei gonococice. Este de asemenea foarte probabil că afecțiunea cardiacă constatată de medicii curanți (dintr'un important centru medical), a fost o endocardită malignă gonococică.

Valvulele sigmoide aortice și pulmonare sunt sediul de predilecție al endocarditei gonococice. Socotim deci că leziunea valvulelor arterei pulmonare în cazul nostru este consecința unei endocardite maligne gonococice vindecate.

Acesta este unul dintre motivele care ne-a determinat să publicăm observația aceasta. Într'adevăr, se știe că endocarditele gonococice sunt aproape întotdeauna mortale. S'au publicat totuși cazuri vindecate. Literatura franceză menționează observațiile lui Dieulafoy, Marfan și Debré, Aubertin și Gambillard.

O altă particularitate a cazului se referă la simptomatologia clinică. Insuficiența valvulelor sigmoide dă naștere de obicei unui suflu diastolic fin, aspirativ. În acest caz suflul era dur și era însoțit de un freamăt diastolic la palpare. Asemenea sufluri se pot observa în mod excepțional și în insuficiența aortică. S'a căutat să se explice caracterele acestor sufluri prin existența unei rupturi valvulare. În cazul nostru având în vedere că leziunea valvulară este consecința unei endocardite maligne, ulcero-vegetante, am putea admite că există o ruptură valvulară. Notăm însă că am avut ocazia să observăm în clinica noastră un bolnav cu o insuficiență aortică caracterizată printr'un suflu dur, răpos, însoțit de freamăt. La autopsie însă nu i s'a constatat nicio ruptură valvulară. Încât putem afirma că mecanismul acestor sufluri nu este încă cunoscut sau în orice caz nu se reduce în toate cazurile la existența unei rupturi valvulare.

Cu privire la evoluția boalei, găsim că este instructivă o comparație cu afecțiunile valvulare reumatismale.

Cardiopatiile reumatismale au o mare tendință spre recidive, în deosebi în primii zece ani de la constituirea leziunii (*Edström*). Recidivele reumatismale, indiferent dacă evoluează cu un tablou clinic mai sigmoidos (febră, poliartrită etc.), sau rămân mai mult sau mai puțin latente, afectează din ce în ce mai mult miocardul, și devin cauza cea mai frecventă a puseurilor de insuficiență cardiacă. Din acest motiv, la o vârstă care a depășit 40 ani, rareori găsim o cardiopatie reumatică bine compensată.

În opoziție cu aceasta, în cazul nostru, nu există niciun simptom de insuficiență cardiacă, iar radiologic diametrele cardiace sunt încă între limitele normale. Sunt dovezi deci pentru o stare funcțională, foarte probabil și anatomică, bună a miocardului. Procesul endocardic de asemenea trebuie să fie stins, leziunea se comportă într'adevăr ca o cicatrice. Chiar în asemenea condiții, pe lângă tratamentul igienico-dietetic, credem că deplătarea și eliminarea eventualelor focare de infecție constituie măsura terapeutică cea mai importantă. După experiența clinicele noastre, prezența lor ar amenința mereu cu o endocardită recidivantă, deoarece leziunea valvulară veche este un „locus minoris resistentiae“.

Concluzii :

Am descris un caz de insuficiență organică a valvulelor arterei pulmonare, caracterizată printr'un suflu diastolic dur, puternic, însoțit de freamăt la palpare și simptome radiologice caracteristice (sindromul descris de Pezzi).

Leziunea valvulară este datorită unei vechi endocardite maligne, de natură gonococică. Caracterele suflului se explică mai probabil prin existența unei rupturi valvulare. Lipsa simptomelor de insuficiență cardiacă, la 14 ani după constituirea leziunii arată o stare anatomică și funcțională bună a miocardului. Este o evoluție care diferă de leziunile valvulare reumatismale, la care recidivele frecvente coafectează miocardul și duc la insuficiență circulatorie.

Atât ca localizare cât și ca etiologie, afecțiunea este extrem de rară.

CLINICA MEDICALĂ A II-a, CLUJ-SIBIU.

Director: Prof. Dr. Ioan Goia.

RESUMÉ

Insuffisance de l'artère pulmonaire, conséquence d'une septicémie gonococcique.

Les auteurs décrivent un cas d'insuffisance valvulaire organique de l'artère pulmonaire, caractérisée par un souffle diastolique dur et puissant, accompagné d'un frémissement palpable et des symptômes radiologiques caractéristiques (Syndrom Pezzi).

La lésion valvulaire est due à une vieille endocardite maligne, d'origine gonococcique.

Les caractères du souffle s'expliquent le plus aisément par l'existence d'une rupture valvulaire.

ZUSAMMENFASSUNG

Pulmonalinsuffizienz als Folge einer Gonokokkenseptikämie.

Die Verfasser beschreiben einen Fall von organischer Pulmonalinsuffizienz mit grobem, starkem diastolischem Geräusch und charakteristischen röntgenologischen Symptomen (Das von Pezzi beschriebene Syndrom).

Der Klappenfehler rührt von einer alten, malignen Gonokokkenendocarditis her.

Als wahrscheinliche Ursache des besonderen Charakters des Geräusches wird ein Klappenriss angenommen.

Conservarea sângelui de om și utilizarea lui pentru transfuzii

(Tehnica Institutului de Fiziologie al Facultății de Medicină din Cluj-Sibiu)

de

Prof. Dr. Grigore Benetato, Dr. R. Oprean, Dr. T. Agârbiceanu și Dr. T. Tudoraș

(Continuare din Nr. 7)

3. Acțiunea antiinfecțioasă, antitoxică și de stimulare generală a sângelui conservat.

Toți autorii care s-au ocupat cu problema transfuziei sunt de acord că aceasta are un efect binefăcător în stările de infecțiuni și de intoxicații și exercită în același timp asupra organismului o acțiune de stimulare generală. Acest efect al transfuziei nu se datorește numai aportului de leucocite, de anticorpi și de substanțe bactericide care este foarte limitat, ci mai mult reacțiilor multiple declanșate de sângele strein în organismul gazdei, care se traduc între altele prin punerea în joc și potențarea mijloacelor de apărare.

Se știe că mobilizarea mijloacelor de apărare se manifestă prin exagerarea tonusului simpatic, hipersecreția tiroidiană și suprarenală, creșterea relativă sau absolută a globulinelor din sânge cu accelerarea vitezelor de sedimentare a hematilor, hiperglobulemie, leucocitoză cu accentuarea motilității și puterii fagocitare a leucocitelor, cât și intensificarea proceselor metabolice cu degradarea mai pronunțată a substanțelor azotate.

Modificări asemănătoare se produc și în urma transfuziei, care stimulează leucopoeza, determinând o leucocitoză cu deviere spre stânga a formulei leucocitare, accelerează viteza de sedimentare a eritrocitelor, provoacă o hiperglobulinemie, intensifică fagocitoza, mărește puterea bactericidă a sângelui, accentuează degradarea proteinelor și procesele metabolice în general. (Habelmann, Zebrin, Medvedeva, Bürger, Hufschmid, Fedorov).

Stimularea leucopoezei și mobilizarea mijloacelor de apărare se face sub acțiunea corpurilor și toxinelor microbiene, elementelor celulare streine și resturilor din celulele proprii, proteinelor streine și celor proprii organismului care au fost denaturate.

Reacțiile de apărare declanșate de transfuzie sunt atribuite proteinelor plasmatiche și resturilor celulare (lisate leucocitare), iar acțiunea de stimulare generală, modificărilor provocate de transfuzie în starea coloizilor plasmatici și a celor tisulari (Bogomolec).

Dacă acceptăm părerea după care efectele antiinfecțioase ale transfuziei directe sunt datorite nu atât acțiunii de substituție a sângelui transfuzat cât reacțiilor de apărare declanșate de acest sânge, trebuie să admitem că și sângele conservat poate să dea efecte asemănătoare, dacă nu chiar mai pronunțate.

Observații proprii. La Centrul de transfuzie din Sibiu s'a putut urmări efectul sângelui conservat în 48 de cazuri de infecții nespecifice localizate cu stări septicice, și de plăgi infectate cu septicemii (emblem pleural, flegmon, osteomielită, absces subfrenic, tromboflebită, hepatită, nefrită), 8 cazuri de infecții specifice (baciloză renală și peritoneală, adenopatie hilară), în 14 cazuri de maladii infecțioase (paralizie infantilă, erizipel, disenterie, febră tifoidă), în 25 cazuri de stări pre- și post-operatorii, în toxicoză alimentară și distrofii la copii, în maladii cutanate (pemfigus, exemă, maladia lui Dühring, dermatită exfoliativă a lui Ritter) și disfuncții endoglandulare (toxicoză tiroidiană).

Rezultatele observațiilor clinice sunt trecute în tabelele 4 și 5, iar unele consemnate în protocoalele alăturate.

Infecțiuni:

Obs. XXII. O. M. f. 3 săptămâni. Grupa sanghină nedeterminată. Dg. Erizipel. Internat în 6. IV. 1943 cu plagă erizipelatoasă în regiunea piciorului și gambei drepte. În zilele care urmează, cu tot tratamentul energetic (ser antistreptococic și sulfamide) plaga se extinde și se necrotizează pe alocuri, cuprinzând coapsa dreaptă și ambele regiuni fesiere. În ziua de 9. IV. i se face o transfuzie cu sânge conservat (50 cc. sânge din grupa O, conservat de 1 zi) după care febra scade chiar în aceeași zi, starea generală și locală se ameliorează atât de rapid, încât în 14. IV. bolnavul este declarat vindecat.

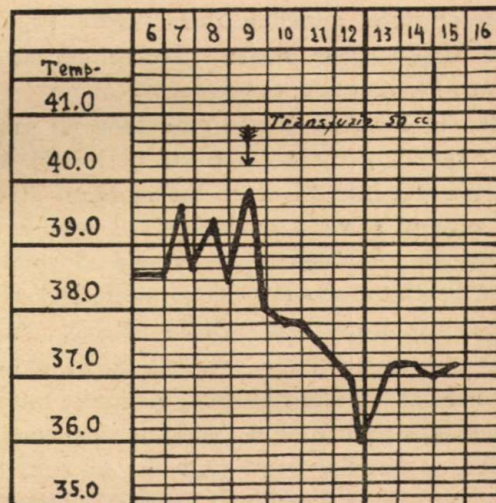


Fig. Nr. 10. Efectul transfuziei în cazul O. M. Obs. XXII.

Obs. XXIII. Soldat B. I. 34 ani. Grupa sanghină nedeterminată. Dg. Fractură deschisă trans-cervicală cu complicații (osteomielită, erizipel, artrita genunchiului cu septicemie). Intrat în spital la 11. V. 1941. În 28. IV. 1942 i s'a făcut o singură transfuzie (250 cc. sânge din grupa O, conservat de 11 zile), după care temperatura, care luni de zile avea un caracter septic, a revenit la normal, starea generală s'a ameliorat. După o perioadă lungă de convalescență bolnavul a părăsit spitalul vindecat.

Obs. XXIV. Soldat M. V. 25 ani. Grupa sanghină nedeterminată. Dg. Fractura cominutivă a femurului stâng, osteomielită cu stare septică. Intrat în spital la 6. XI. 1941. În 28. IV. 1942 i s'a făcut o singură transfuzie (250 cc. sânge din grupa O, conservat de 11 zile) după care febra cedează, starea generală se îmbunătățește. Părăsește spitalul vindecat.

Maladii cutanate:

Obs. XXV. C. G. b. 2 săptămâni. Grupa sanghină nedeterminată. Dg.: Dermatitis exfoliativă Ritter. Internat în 6. I. 1942 cu leziuni cutanate generalizate (bule pemfigoide), starea generală gravă, febră 40°, pareză intestinală (balonarea foarte exprimată a abdomenului, cu suprimarea scaunului și a vânturilor), anurie de 24 ore.

În ziua de 6. I., i se administrează germanin, a doua zi eleudron și transfuzie care se repetă și a treia zi (40 și 50 cc. sânge din grupa O, conservat de 12 zile și 1 zi). După prima transfuzie meteorismul și anuria au cedat prompt, bule noi n'au mai apărut și starea generală s'a îmbunătățit în mod uimitor. La două zile după transfuzia a doua febra a scăzut, iar la patru zile leziunile cutanate au dispărut complet.

Din observațiile noastre relese că transfuziile cu sânge conservat sunt în stare să influențeze evoluția proceselor infecțioase, fapt care se evidențiază în deosebi în infecțiile nespecifice localizate (osteomielită, plartroză, otomastoidită, tromboflebită, plăgi infectate, etc.) care reacționează la transfuzie prin îmbunătățirea evidentă a stării generale și locale (v. Obs. XXIII și XXIV). Acest efect al sângelui conservat poate fi explicat prin reactivarea sistemelor de apărare și prin acțiunea de stimulare generală (intensificarea metabolismului, stimularea eritropoezei, exagerarea peristaltismului intestinal și tonificarea sistemului organovegetativ).

În ce privește infecțiile generalizate (septicemii) rezultatele observațiilor noastre făcute pe un număr mic de cazuri sunt puțin concludente.

Astfel, în 3 cazuri, dintre care unul cu osteomielita bazel cranială, iar celălalt cu perforația sigmoidului, transfuzia n'a dat nici un efect, iar în cazul al 4-lea a influențat prompt și vădit evoluția stării septică.

Transfuzia cu sânge conservat s'a dovedit a fi foarte utilă în stările pre- și postoperatorii. Bolnavii profund anemizați în urma hemoragiilor masive, cât și cei cu stare septică și debilitate generală (ulcer gastroduodenal, plonefroză cu stare septică, gangrenă intestinală, baciloză renală, etc.) cărora li s'au făcut una-două transfuzii, înainte și imediat după operație, au suportat intervențiile radicale în condiții optime. Datorită acțiunii de substituție și de stimulare transfuziile măresc

rezistența generală a organismului și în același timp atenuează fenomenele de șoc post-operator, făcând posibilă intervenția și asigurând evoluția post-operatorie normală chiar în cazuri disperate.

Rezultate interesante au fost obținute în maladiile cutanate. Astfel, în trei cazuri de pemfigus grav, dintre care unul bucal iar celelalte foliaceu, și în două cazuri de boala lui Duhring, dintre care unul prelungit și generalizat, transfuzia cu sânge conservat a produs o ameliorare rapidă a stării generale și locale.

Controlul ulterior a arătat că în cazul maladiilor lui Duhring efectul transfuziei, care se manifestă prin dispariția leziunilor cutanate, este trecător și poate fi menținut numai prin transfuzii repetate, făcute la intervale de 4—6 săptămâni.

Efectul transfuziei în dermatitele pruriginoase și în dermatozele buloase în care „terenul“ constituie un factor de o importanță primordială în producerea maladiei, efectul transfuziei se datorește nu numai stimulării generale, dar probabil și modificărilor produse în felul de reacție al organismului (Umstimmung).

Tot prin acțiunea de re acordare poate fi explicat și efectul transfuziilor în disfuncții endoglandulare și turburări organo-vegetative (colită ulceroasă, astm și alte vagotonii, Basedow). La Centrul de Transfuzie din Sibiu efectul transfuziilor a fost încercat pe 4 cazuri de Basedow, dintre care 1 cu Iod-Basedow a reacționat după o singură transfuzie prin scăderea frecvenței pulsului de la 130—80, iar după alte 3 transfuzii prin dispariția tuturor simptomelor, stare care se menține până în prezent (6 luni).¹⁾

În schimb, în alte 2 cazuri acțiunea transfuziei a fost trecătoare, iar în cazul al 4-lea fără efect.

La copii transfuziile au dat rezultate foarte bune, uneori salvatoare, în turburările de nutriție acute și cronice (în toxicoze și distrofii).

Astfel, în 3 cazuri extrem de grave de toxicoză (la copii de 8, 10 luni și 1 an), transfuziile au determinat în scurt timp dispariția stării toxice, revenirea conștiinței, îmbunătățirea scaunelor, încetarea vărsăturilor, scăderea temperaturii și hidratarea organismului.

Efecte de desintoxicare evidente au fost observate la 2 copii (12 și 15 ani) mușcați de șarpe, dintre care unul, internat a 2-a zi după mușcătură a fost tratat cu ser antiveninos, emulsuni și transfuziuni de sânge, iar celălalt internat la 12 ore numai cu transfuzie și emulsune de sânge. În amândouă cazurile fenomenele nervoase grave (obnubilăție, delir, ptoza palpebrală, diminuarea reflexelor carnean și pupilar și a acuității vizuale) au dispărut la 12 ore, iar fenomenele locale la 2—3 zile după transfuzie.

¹⁾ Cazul observat, interpretat și comunicat la Soc. Științelor Med., ședința din 19. II. 1943 de către D-l Prof. I. Goia.

Rezultate remarcabile, uneori chiar salvatoare, au fost obținute în infecțiile localizate nespecifice acute și cronice (erizipel, flegmon, abces) și în maladii cutanate și în anemii (v. tabloul 5 și observațiile XVII, XVIII, XXII și XXV).¹⁾

În 3 cazuri de poliomielită (copii de 10 luni, 2 ani, 3 ani și 8 luni) transfuziile cu sânge conservat au dat amellorări remarcabile, iar la o fetiță de 6 ani cu o formă gravă de poliomielită anterioară acută, cu paralizie ascendentă de tip Landry, transfuzia cu sânge conservat asociată cu doze mari de tetrofan administrat intralombar, a produs o vindecare completă.¹⁾

Rezultate mai puțin încurajatoare s-au obținut în infecțiile aparatului respirator (bronhopneumonie, pneumonie), în schimb la 2 copii cu granulie pulmonară și la alți 4 copii cu adenopatie trancheobronchică s-a obținut o îmbunătățire a stării generale cu scăderea temperaturii.¹⁾

La încheiere trebuie să remarcăm că utilitatea terapeutică a transfuziilor cu sânge conservat depinde de vechimea sângelui întrebuințat. Astfel, în infecțiile generalizate și în stările de intoxicații, e bine să se întrebuințeze un sânge cât mai proaspăt (conservat de 1—7 zile), evitând astfel supraîncălzirea inutilă a sistemelor de apărare (esut reticulo-endotelial și sistem leucopoetic). În schimb, în infecțiile localizate cu evoluție cronică, în afecțiunile cutanate și în disfuncții endoglandulare și organo-vegetative și în general în toate stările unde se urmărește mobilizarea și potențarea mijloacelor de apărare sau modificarea felului de reacție a organismului (reacordare — Umstimmung) putem utiliza sânge și mai vechi (până la 3 săptămâni).

C) Accidentele de transfuzie datorite sângelui conservat

Accidentele înregistrate după sângele conservat se aseamănă în linii generale cu acele provocate de transfuzia directă.

Accidentele de transfuzie sunt datorite reacțiilor imediate declanșate de grefonul sanghin în organismul gazdei și îndreptate împotriva elementelor figurate și proteinelor strelne.

După *Ochlecker* accidentele posttransfuzionale se împart în imediate sau primare și în tardive sau secundare.

Primele au loc în caz de incompatibilitate de grupă, apar brusc chiar în timpul transfuziei sau la câteva minute după aceasta și se traduc prin simptomele binecunoscute ale șocului hemolitic (angoare, senzație de constricție toracică, dispnee, cianoză pronunțată, puls filiform, scăderea bruscă a tensiunii arte-

riale, dureri lombare, vărsături, contracțiuni clonice, relaxarea sfincterelor vezical și anal, frison cu febră, blocarea rinichilor și uremie consecutivă).

Accidentele secundare survin după transfuzie la un interval de timp care variază între 15 minute și câteva zile. Se manifestă prin frison, febră, vărsături, erupțiuni urticariene, iar uneori prin icter și nefrite.

Mecanismul prin care se produc aceste reacțiuni secundare nu este lămurit.

Majoritatea autorilor explică accidentele secundare printr-o hipersensibilitate a organismului față de proteinele sanghine streine, hipersensibilitate care poate fi innăscută sau provocată prin transfuzii repetate, sau în fine datorită modificărilor patologice survenite la primitorii cu leziuni organice profunde (renale, hepatice, splenice, maladii sanghine, infecții generalizate grave, cașectici), ceea ce explică de altfel frecvența mai mare a accidentelor posttransfuzionale la acești bolnavi.

În ce privește sângele conservat unii sunt de părere că acest sânge cauzează mai multe accidente posttransfuzionale decât cel proaspăt, explicând producerea lor prin alterațiunile secundare suferite de acest sânge în timpul conservării cum ar fi de exemplu hemoliza sau denaturarea proteinelor sanghine (*Abramson-1934, Duran Jorda-1937, Leedham-Green, Sammartino, Aguiar-1937, Schürch-Willenegger-Knoll-1942*); alții constată că frecvența accidentelor datorite acestui sânge este egală cu aceea observată în cazul sângelui proaspăt (*Tzanck-De Gowin-Hardin Balachovskij-Ginzburg*) și însăși o mică parte din autori susțin că transfuziile cu sânge conservat sunt mai bine tolerate decât cele directe. (*Belenky, clinalca Majo, citați de Schürch-Willenegger-Knoll*).

a) Observații proprii.

La Centrul de transfuzie din Sibiu toleranța organismului față de sângele conservat după tehnica acestui Centru a fost urmărită prin 405 transfuzii, făcute la diferite categorii de bolnavi, dintre care 13 la nefritici (nefrite acute și cronice, bacloză renală și plonefroză), 10 la hepatici (hepatită lentă, ciroză, litiază cu pericolicistită), 54 la cei cu maladii sanghine grave (mieloză, maladia lui Werlhof, limfogranulomatoză, panmielopatie, anemie aplastică, la mai multe cazuri cu stări septice, 23 la anemie pernicioasă) 13 la cei cu infecții grave (septicemie, tromboflebită copii mici (9 sub 1 lună, 14 sub un an).

Din rezultatele obținute de noi reiese că sângele selecționat și conservat după normele și tehnica stabilită de noi este foarte bine tolerat de toate categoriile de bolnavi. Într'adevăr, numărul total de accidente ușoare (frison, urticarie) observat de noi a fost de 8.

Accidentele mai grave ale transfuziei, ca embolia cu chlaguri sau gazoasă, infecția, complicațiile renale (nefrite posttransfuzionale), hemoglobinuria, hematuria, albuminuria, icter și tulburări cardiovasculare (colaps, etc.) nu s-au produs nici într'un caz. Frecvența acci-

¹⁾ Observațiile făcute de D-l Prof. Gh. Popoviciu în colaborare cu Dna Dr. E. Mihalca și Dr. Oct. Pop, și comunicate la Soc. Științelor Med., ședința din 19. II. 1943.

dentelor ușoare observate de noi a fost de 2,0%, adică cea mai mică cifră înregistrată până în prezent. (Vezi tabloul Nr. 6).

TABLOUL Nr. 6

Frecvența accidentelor de transfuzie cu sânge conservat:

Autorul	Nr. transfuziilor	Felul stabilizatorului	Vechimea sângelui conservat în zile	Accidente Șoc hemolitic, febră, frison	Obs.
Vlados 1934	492	Sol de Moscova	14—16	80,2%	
Karavanov 1935	102	citrat	5—7	67,4%	
Kiguchi 1935	48	citrat	25	15%	
Bagdasarov 1937	2790	citrat	14	65%	
Corelli 1938	200	Novotrans		10%	
Cameron-Ferguson 1939	1000			7,4%	
Centrul din Sibiu 1942—43	405	citrat-glucoză	1—28	2,0%	

1. **Prevenirea accidentelor grave primare se poate face numai prin selecționarea riguroasă a grupelor în vederea transfuziilor.** Evitarea acestor accidente la Centrul din Sibiu a fost posibilă datorită selecționării riguroase a sângelui destinat conservării și transfuziei, făcute după normele expuse în prima parte a lucrării. (v. partea I-a B.)

Astfel, ținând seama că sângele conservat este destinat în primul rând transfuziilor urgente în care probele prealabile directe de compatibilitate nu se pot face, noi am conservat și transfuzat aproape exclusiv sânge de donator universal (352 transfuzii cu 03, 32 cu A, și 21 cu B), determinat și selecționat în așa fel ca să evităm confuzia posibilă între grupa 0 și A₂ și să eliminăm probele cu puterea aglutinată excesivă (v. partea I-a, B. c. β și partea II-a A. b β).

Transfuzat fără o prealabilă probă de compatibilitate, în 352 de cazuri, acest sânge n'a dat niciun accident de incompatibilitate, fiind foarte bine tolerat.

Nu se poate spune același lucru și despre transfuziile dela grup la grup, în special dela A la A și la AB și dela AB la AB unde proba directă de compatibilitate s'a dovedit a fi absolut necesară.

Intr'adevăr, în câteva cazuri observate noi am fost siliți să renunțăm la transfuzie dela A la A din cauza incompatibilității dovedite prin proba prealabilă, constatare care ar putea fi explicată prin prezența aglutininelor neregulate α₁ și α₂ care ar determina aglutinarea nu numai între A₂ α₁ și A₁ α₂ dar și între A₂ B α₁ și A₂ B α₂. Nu este exclus că și unele accidente inexplicabile ale transfuziilor făcute dela A la A, AB la AB și A la AB să fie provocate tot de aglutininele neregulate α₁ și α₂. Deși acestea activează de regulă la temperatura camerei, totuși s'au descris și aglutinine (α₁) care își păstrează activitatea chiar la temperatura corpului (Hartmann).

2. **Accidentele secundare** deși sunt cu mult mai ușoare decât cele primare, totuși, constituind o incer-

care în plus pentru un organism bolnav, ele compromit adeseori efectul terapeutic al transfuziilor și periclitează uneori chiar viața bolnavului.

Patogenia accidentelor secundare nefiind lămurită, nu s'au putut stabili norme precise pentru prevenirea lor.

Desensibilizarea organismului primitor prin administrarea prealabilă a unor cantități mici din sângele donatorului, s'au prin întrebuițarea medicamentelor desensibilizante (thiosulfat) n'a dat rezultatele dorite (Pautrat).

Unii autori explică accidentele secundare și chiar cele primare survenite la grupele compatibile prin „incompatibilitatea sângelui” care s'ar datora structurii particulare a sistemelor coloidale din sânge și s'ar traduce prin tendința exagerată a globulelor de a se separa de plasmă și prin proprietatea plasmă de a favoriza această separație, fenomen cunoscut sub numele de *synnatoxylie serică* (Benda).

În practică instabilitatea sângelui poate fi recunoscută după viteza de sedimentare mărită a hematiilor. Tot în același scop se întrebuițează și proba de *synnatoxylie* a lui Benda. Sângele donatorului se amestecă cu serul receptorului și cu hemotestul din grupa receptorului. În cazul unui sânge instabil, globulele roșii au tendința de a se aglomera în serul receptorului mai mult decât în hemotest.

Pentru prevenirea accidentelor de transfuzie datorite instabilității sângelui s'a propus selecționarea partenerilor (donatorilor și primitorilor) și eliminarea acelor cu sângele „instabil” (Fourestier, Benda).

Observațiile făcute de diferiți autori au arătat că toleranța organismului față de sângele străin este condiționată de o serie întreagă de factori. Astfel s'a constatat că unele stări morbide, cum sunt de ex. infecțiile acute, maladiile sanghine, hepatice, splenice cât și stările de cașexie scad într-o măsură însemnată toleranța organismului față de sângele străin. De asemenea și transfuziile repetate, în deosebi cele făcute cu sângele provenit dela același donator, sensibilizează organismul receptorului față de proteinele sanghine străine.

În general, intoleranța organismului față de sângele străin și accidentele secundare ale transfuziei sunt considerate ca reacțiuni anafilactice, alergice sau chiar serice, adică asemănătoare acelor survenite în boala serului, fiind declanșată de modificările coloidchimice (hemoclasie) provocate de transfuzie (Bogomolec).

În cazul sângelui conservat, la pericolul obișnuit al transfuziei se mai adaugă și efectul nociv al produșilor rezultați din impurificarea, infectarea și alterarea sângelui (hemoliza).

Accidentele datorite impurificării și infectării sângelui (frison, febră), pot fi evitate prin respectarea regulilor elementare tehnice (v. partea III-a A. b). Intr'adevăr, frecvența accidentelor posttransfuzionale, care în primii ani după introducerea sângelui conservat a fost extrem de ridicată, a scăzut foarte mult în ultimul timp cu îmbunătățirea tehnicii de recoltare și de conservare a sângelui, (v. tabloul Nr. 6). În ce privește acțiunea nocivă a sângelui hemolizat, aceasta variază după gradul de hemoliză, după vechimea sângelui conservat și după starea organismului.

Se știe că produșii rezultați din distrugerea elementelor figurate, în special a hematiilor, au un efect toxic. După Hesse pro-

dușii rezultați din hemoliză au o acțiune vazoparalitică și în același timp exercită un efect toxic asupra rinichilor, care se manifestă prin spasmul arteriolelor renale și prin degenerarea și chiar necrotizarea ulterioară a epiteliului renal, dând toate simptomele imediate (dureri lombare, hipotensiune, colaps vascular) și tardive (hemoglobinurie, oligurie, anurie și uremie) ale șocului hemolitic.

Acțiunea toxică a produșilor rezultați din hemoliză n'ar fi datorită hematinei și hemoglobinei care prin ele însăși nu sunt toxice (*Borchardt-Tropp, Ambersen*) ci unor substanțe proteice încă neidentificate, eliberate de globula roșie. Hemoglobina deși nu este toxică, totuși nu este inofensivă. Astfel, cercetările experimentale ale lui *Bakker-Dodds* au arătat că hemoglobina liberă introdusă în curentul circulator se precipită la nivelul tubilor uriniferi, determinând blocarea rinichiului. Precipitarea hemoglobinei ar fi favorizată de reacția acidă a urinei, lipsind atunci când pH-ul urinar este mai mare decât 6.

Constarările lui *Bakker-Dodds* au fost confirmate prin lucrările lui *De Gowin*, care a arătat pe câini că hemoglobina administrată intravenos rămâne fără efect atunci când reacția urinei este alcalină și produce moartea animalelor cu urina acidă. Ca să putem aprecia pericolul sângelui conservat hemolizat trebuie să ținem seamă că efectul nociv al hemolizei ce se petrece in vivo se deosebește de cel declanșat de un sânge care a fost în prealabil hemolizat.

În primul caz reacțiile morbide se produc în mod furtunos, sub aspectul unui șoc hemolitic, pe când în celălalt caz ele decurg mult mai insidios, lipsind chiar uneori, iar atunci când se produc, se limitează mai mult la alterațiuni renale (hemoglobinurile, oligurie, uremie).

De altfel efectul nociv al sângelui hemolizat nu se manifestă în mod constant.

Cercetările experimentale și observațiile făcute pe animale și pe om au arătat că organismul sănătos poate tolera sângele conservat cu cantități enorme de hemoglobină liberă.

Reacția organismului la sângele hemolizat este condiționată într-o măsură largă de starea organismului primitor. Astfel unele persoane au suportat fără niciun accident transfuziile cu sânge hemolizat conținând 10—20 gr. hemoglobină liberă, în concentrație de 5% (*De Gowin-Hardin, Willenegger-Schürch-Knoll, Kiguchi*), iar altele, în special acelea cu afecțiuni renale (nefrite) prezentau accidente grave (frison, anurie), uneori chiar mortale, după un sânge în care concentrația hemoglobinei n'a depășit 0,9% gr. (*Brunner, Willenegger-Schürch-Knoll*).

După cum se vede din cele expuse până acum, majoritatea autorilor cari s'au ocupat cu problema transfuziilor preconizează pentru prevenirea accidentelor secundare sau tardive a transfuziei, selecționarea riguroasă cu eliminarea donatorilor și a primitorilor „periculoși”, („incompatibilitate sanghină”, primitori cu leziuni organice profunde) și evitarea momentelor cari înlesnesc producerea accidentelor (transfuzii repetate făcute în deosebi dela aceleași persoane).

Trebue să remarcăm că măsurile de selecționare recomandate de acești autori complică tehnica transfu-

ziilor, fiind inaplicabile în transfuziile urgente, iar eliminarea donatorilor și mai ales a primitorilor considerată ca „periculoasă”, preconizată de unii autori, restrânge foarte mult posibilitățile și domeniul de aplicație a transfuziei.

Din motivele expuse, la Centrul de Transfuzie Sibiu, nu s'au luat măsurile speciale pentru depistarea incompatibilității sanghine sau pentru evitarea transfuziilor repetate dela același donator, iar transfuziile s'au făcut la toate categoriile de bolnavi, inclusiv la cei „periculoși” (hepatici, nefretici, cașectici, stări de infecții grave).

Astfel, la 43 bolnavi s'au făcut 192 transfuzii repetate dela donatori diferiți (2 cazuri cu 14 transfuzii repetate, 1 cu 11, 1 cu 9, 2 cu 8, 1 cu 7, 3 cu 6, 1 cu 5, 3 cu 4, 17 cu 3, și 16 cu 2 transfuzii) iar la 19 bolnavi s'au făcut 44 transfuzii repetate dela același donator (3 cazuri cu 4 transfuzii, 5 cu 3, și 11 cu 2 transfuzii dela același donator).

Mulți dintre primitorii noștri aveau afecțiuni renale și hepatice grave, dintre care 3 cu nefrită acută, doi cu scleroză renală, 6 cu retenție de azot, varind între 92,8—286 mgr. % (2 nefritici, 4 hipertrofie de prostată), 4 cu plonefroză, 2 cu bacilloză renală, 2 cu ciroză hepatică, 2 cu litiază biliară și colecistită, 2 cu angiolitită, iar unul cu hepatită lentă, cât și numeroasele cazuri de maladii sanghine, infecții grave și maladii cutanate (septicemie, stare septică, febră tifoidă, tromboflebitele femurale, golfului jugular și ale sinusului lateral, plartroză, pemfigus foliaceu, maladiile Ritter, Dühring, exemă, urticarie etc.).

Toți acești primitori, în număr aproape de 100, considerați ca „periculoși” și predispuși pentru accidente secundare ale transfuziei, au suportat aproape fără niciun accident transfuziile cu sângele selecționat și conservat după normele indicate de noi. Accidentele înregistrate de noi (frisoane și erupțiuni urticariene) erau atât de ușoare încât nu pot fi considerate ca accidente propriu zise, ci ca reacții posttransfuzionale.

Frisoane de oarecare intensitate, însă fără simptome cardio-vascular (colaps, clanoză, dispnee etc.), s'au înregistrat numai în două cazuri. În primul caz e vorba de un soldat cu stare de șoc posthemoragic și traumatic, care a primit 350 cmc. de sânge din grupa 0, conservat timp de 3 săptămâni în condițiuni neprielnice, reacționând după transfuzie printr-un frison puternic și febră de 39,5°, iar în al 2-lea caz tot de un soldat cu tromboflebita sinusului lateral stâng, cu meningită și septicemie, care după transfuzia cu 220 cmc. de sânge conservat de 4 săptămâni și parțial hemolizat, a reacționat tot printr-o hipertermie și un frison puternic.

Amândoi bolnavii însă au părăsit serviciile vindecați.

În celelalte 6 cazuri reacțiile posttransfuzionale s'au produs cu sângele conservat de 1—4 zile și s'au limitat la frisoane foarte ușoare (mleloză subleucemică acută, cancer perisigmoidean, adenopatie) sau la erupții urticariene de scurtă durată.

Din observațiile noastre făcute prin 405 transfuzii relese că sângele conservat după tehnica indicată de noi este cu mult mai bine tolerat decât transfuzia directă, în care frecvența accidentelor variază între 11,1% (Seggel, 1935), 13,2% (Christ, 1935) și 70% (Jeanneney, 1939) și decât sângele conservat după oricare din metodele cunoscute până în prezent, care dau un procent de accidente destul de ridicat (v. tabloul Nr. 6).

Superioritatea vădită în ceea ce privește inocuitatea sângelui conservat după tehnica indicată de noi față de transfuzia directă relese nu numai din comparația datelor noastre cu cele obținute de alți autori, dar și din unele observații proprii făcute pe bolnavi, care au primit mai multe transfuzii, dintre care unele cu sânge conservat iar altele directe, cu sânge proaspăt. În 7 cazuri atât transfuziile directe cât și cele cu sânge conservat au fost făcute la același primitor dela același donator.

Sângele conservat a fost foarte bine tolerat de toți 7 bolnavii observați de noi, pe când transfuzia directă a produs la 2 din acești bolnavi accidente posttransfuzionale grave (frisoane puternice, cu cianoză, dispnee, hipotensiune și hemoglobinurie), iar la ceilalți 5 numai frisoane și febră.

Superioritatea sângelui conservat utilizat de noi se datorește tehnicii de recoltare și de conservare care atunci când se face în condițiile indicate de noi reduce la minimum pericolul de infectare a sângelui și exclude posibilitatea de formare a microclagurilor.

Frecvența extrem de mică a accidentelor secundare înregistrate de noi poate fi explicată și prin faptul că sângele conservat de noi, datorită lichidului de conservare utilizat, în special glucozel, își păstrează timp îndelungat rezistența globală nealterată, rezistând și la schimbarea mediului osmotic. Datorită calității din urmă acest sânge nu hemolizează brusc în organismul gazdei și deci nu produce hemoliza posttransfuzională.

Faptul că sângele conservat de noi este bine tolerat și de nefritici și nu produce reacții cardio-vasculare poate fi explicat tocmai prin conținutul așa de redus în produși rezultați din hemoliză, care, după cum am mai amintit, au o acțiune nefrotoxică.

Toleranța largă arătată de toate categoriile de bolnavi față de sângele conservat este datorită în mare parte faptului că vechimea sângelui utilizat de noi a fost relativ mică (v. tabloul Nr. 7).

TABLOUL Nr. 7

Vechimea sângelui conservat întrebuințat la Centrul de Transfuzie și Conservarea sângelui din Sibiu :

Vechimea sângelui în zile	Nr. Transfuziilor	Frecvența în %	Accidente transfuziei	Frecvența accidentelor în %
1—2	159	39,2	{ 2 frisoane 3 urticarii	3,14
3—5	102	25,2	1 frison	1
6—10	76	18,8	—	—
11—16	47	11,6	—	—
17—28	21	5,1	2 frisoane	10
1—28	405		8	2,0

După cum se vede din tabloul Nr. 7, s'a utilizat mai des sângele conservat de 1—5 zile și 6—16 zile.

Dealtfel suntem de părere că scopul principal al conservării nu este realizarea unui timp de conservare cât mai îndelungat, dar mai mult păstrarea valorii terapeutice și inocuității cât mai mari a sângelui, condiții pe care le îndeplinește cu prisosință sângele de 1—16 zile.

În centrele mari din zona interloară utilizarea sângelui conservat se face pe o scară atât de largă încât depozitele de sânge trebuiesc reînolte tot la 2—3 zile.

Problema conservării mai îndelungate se pune mai mult în vederea transportării sângelui destinat centrelor medicale din provincie și formațiunilor sanitare din zonele de operațiuni militare. Suntem de părere că aprovizionarea formațiunilor sanitare din zonele de operațiuni s'ar putea face cu multă ușurință prin centrele situate chiar în apropierea acestor zone (servicii de igienă și profilaxie), iar problema aprovizionării centrelor medicale din provincie s'ar putea rezolva prin crearea mai multor centre de recoltare și conservarea sângelui.¹⁾

Din experiența pe care o avem cu sângele conservat rezultă că obținerea efectului terapeutic optimal și evitarea accidentelor secundare de transfuzie pot fi realizate potrivit cantității și vechimea sângelui utilizat după natura afecțiunii.

În general cantitatea de sânge administrată într-o ședință nu trebuie să depășească 350 cc. pentru adulți și 50—150 cc. pentru copii. În cazurile în care se urmărește efectul de substituție și de desintoxicare (hemoragii masive, agranulocitoză, retenție de azot, otrăviri în special cu toxice sanghine, mușcătură de șarpe

1) În vederea înființării acestor centre Ministerul Sănătății și Inspectoratul Sanitar din Sibiu au organizat pentru medicii șefi de laboratoare din Ardeal un curs de „Inițiere în tehnica de conservare a sângelui” care s'a ținut între 21—27 Iunie 1943 la Centrul de transfuzie din Sibiu.

Jodoterapie pe cale parenterală

prin

VASOJOD

Subcutan — intramuscular — intravenos

Fiole de 2 și 5 cc.
conținând 4 respectiv 10 mgr. jod.

În tratamentul tuturor stărilor de anafilaxie

PEPTOCALCIUM

— Mite și forte —

T A B L E T E

**Diarea, intoxicațiile alimentare, disenteria,
enteritele acute**

le combateți cu succes prin

TANNOCARBON

T A B L E T E

— Antiseptic, astringent. —

FABRICA DE PRODUSE CHIMICE

GEDEON RICHTER S. A.

București V, Strada Logofătul Tăut Nr. 99

Telefon 5 69.02



CIBAZOL

Sulfanilamidothiazol

Chimioterapeuticul

cu toleranță excelentă
pentru tratamentul infecțiilor bacterice

efect sigur în:

**Pneumonie, Gonoree, Meningită,
Erisipel, infecțiuni colibacilare ale căilor urinare,
Morbul Bang, Sepsie, etc.**

Comprimate: tuburi à 20, Fiole: cutii à 5



SOCIÉTÉ POUR L'INDUSTRIE CHIMIQUE À BALE (Elveția)

Reprezentant al specialităților «Ciba» în România:
M. R. Leclerc, str. Ruginoasa 1, București.

etc.) sângele conservat se va administra în cantități mai mari (250—350 cc.). În stările de intoxicații transfuzia se va face după o prealabilă emisie de sânge, făcând la nevoie dislocarea treptată a sângelui prin emisie și transfuzii mici și repetate.

În anemiile cronice și secundare, în infecțiile acute și cronice generalizate și localizate, în disfuncțiunile endoglandulare și organo-vegetative și în general acolo unde se urmărește stimularea eritropoezei și sistemelor de apărare cât și re acordarea sistemelor de apărare (Umstimmung) și efectul hemostatic se vor întrebuița cantități mai mici de sânge (100-200 cc), repetând transfuziile la nevoie chiar zilnic.

În ce privește vechimea sângelui în infecțiile acute și generalizate, în agranulocitoză, în stările de șoc, în anemiile aplastice, în stările de intoxicații, în afecțiunile renale și hepatice se va întrebuița un sânge cât mai proaspăt (1—10 zile), iar sângele mai vechi să fie rezervat pentru cazurile în care se urmărește efectul de stimulare sau hemostatic (anemii cronice și secundare, infecții localizate, hemoragii etc.).

În concluzie se poate spune că sângele conservat după tehnica indicată de noi și administrat în mod rațional este mult mai bine tolerat decât transfuzia directă chiar de primitorii „periculoși” predispuși pentru accidente, având acțiunea terapeutică asemănătoare iar în unele cazuri chiar mai exprimată decât cea a sângelui proaspăt (acțiunea hemostatică și eritropoetică).

Dacă acceptăm părerea majorității autorilor după cari accidentele secundare sunt datorite „instabilității sângelui” și reacțiilor alergice declanșate de acest sânge, atunci ar trebui să presupunem, dată fiind inocuitatea perfectă a sângelui conservat, că lichidul stabilizant și conservarea însăși produc o „stabilizare” a sângelui, fapt evidențiat de noi și prin proba de „synautofilie” lui Benda și că produsul de conservare preparat de noi, datorită probabil glucozei pe care o conține în cantități considerabile, exercită într-o măsură oarecare și un efect antialergic.

Oricare ar fi mecanismul prin care conservarea reduce nocivitatea sângelui însă faptul că acest sânge este foarte bine tolerat de toate categoriile de bolnavi lărgeste mult domeniul de aplicație al transfuziei și în același timp, prin evitarea accidentelor permite obținerea efectului terapeutic cât mai eficace.

Concluziuni generale:

Din cercetările de laborator și observațiile clinice făcute de noi cu scopul de a stabili condițiile tehnice mai potrivite pentru conservarea sângelui, de a preciza acțiunea terapeutică a acestui sânge și de a fixa normele pentru evitarea accidentelor de transfuzie, se pot trage următoarele concluzii:

1. Se descrie o tehnică de conservare simplă, expeditivă și eficace care constă în recoltarea sângelui prin „metoda deschisă”, adică sub forma unui jet liber; în stabilizarea lui cu ajutorul unui lichid glucocitratat, compus din 3 părți citrat de sodiu 30% și 4 părți glucoză 40%, care se amestecă cu sângele în proporție de 7 la 100, și păstrarea la temperatura de 2°—4°.

2. Dintre caracterele morfologice, biologice și fizico-chimice ale sângelui, unele se alterează la 3—4 zile după conservare (leucocite, trombocite, puterea fagocitară și bactericidă, proteinele plasmatice), iar altele, în special acelea care condiționează într-o măsură însemnată valoarea substitutivă și inocuitatea sângelui, se păstrează timp de 3—5 săptămâni (hematii, rezistența globulară, reacția sângelui, presiunea coloidosmotică). Deosebirea între sângele conservat și cel proaspăt nu constă numai într-un deficit de elemente morfologice și în scăderea activității biologice a sângelui, ci și în prezența produsilor de denaturare și desagregare cu acțiune biologică evidentă, însă incomplet lămurită.

3. Sângele conservat după tehnica noastră, fiind lipsit de microchlaguri, se administrează fără o prealabilă filtrare, ca orice injecție intravenoasă.

4. Din observațiile noastre făcute prin 405 transfuzii pe 215 bolnavi de diferite categorii (stări de șoc hemoragice și posttraumatice, anemii acute, cronice și secundare, maladii sanghine, infecții acute și cronice, localizate și generalizate, stări toxice și postoperatorii, afecțiuni cutanate, disfuncții endoglandulare), reiese că efectul terapeutic al sângelui conservat, constând în acțiune de substituție și desintoxicare, în hemostază, în stimularea și normalizarea eritropoezei și a reacțiilor de apărare, este în general asemănător, iar în unele privințe chiar mai exprimat decât al sângelui proaspăt (acțiune hemostatică și eritropoetică). Efectul terapeutic optim al sângelui conservat, poate fi obținut potrivit vechimea și cantitatea sângelui administrat după natura boalei și evitând accidentele secundare ale transfuziei.

5. Accidentele grave ale transfuziei, datorite incompatibilității de grupă pot fi evitate întrebuițând pentru transfuziile urgente (zona de operațiuni militare, accidente nocturne, transfuzii neprevăzute făcute pe masa de operație), în care proba prealabilă de compatibilitate și chiar tehnica de transfuzie a lui Oehlecker nu pot fi executate, numai sânge conservat de donator universal identificat în așa fel încât să evităm confuzia posibilă între grupele O și A₂ (cu hemoteste A, B și O) și selecționat prin eliminarea sângelui cu putere aglutinantă excesivă (peste 1/1000—1/2000). În cazul transfuziilor făcute de la grupă la grupă și la primitor universal, în special de la A la A și la AB și de la AB la AB, proba directă de compatibilitate s'a dovedit a fi absolut necesară.

6. Din experiența pe care o avem cu sângele selecționat și conservat după tehnica și normele indicate de noi, rezultă că acest sânge este mult mai bine tolerat decât transfuzia directă. Accidentele mai grave ale transfuziei, ca șoc hemolitic, embolie cu chlaguri, infecție, complicații renale (hematurie, albuminurie, nefrită posttransfuzională, oligurie, anurie și uremie) și turburări cardiovasculare (colaps) nu s-au produs în niciunul din cazurile noastre, iar reacțiile posttransfuzionale ușoare, constând din frisoane și erupții urticariene de mică intensitate, s-au înregistrat numai în 8 cazuri din totalul de 405 transfuziuni, deci cu o frecvență de 2%.

7. Superioritatea vădită a procedurii de transfuzie cu sânge conservat de noi față de transfuzia directă, se evidențiază în deosebi în cazul primitorilor „periculoși”, predispuși pentru accidente posttransfuzionale (maladii hepatice și renale, infecții grave generalizate, maladii sanghine și cutanate). Într-adevăr, toți bolnavii din categoria celor periculoși, în număr de aproape 100, au suportat practic fără niciun accident transfuziile cu sângele selecționat și conservat după normele și tehnica indicată de noi.

8. Inocuitatea sângelui conservat de noi poate fi explicată pe deoparte prin tehnica de recoltare și de conservare, care reduce la minimum pericolul de infecție a sângelui și exclude posibilitatea de formare a microchlagurilor, iar pe de altă parte prin acțiunea protectoare a stabilizatorului întrebunțat de noi, care menține rezistența globulară chiar la variațiile mediului osmotic, impledând prin aceasta hemolizarea sângelui în timpul conservării și chiar „in vivo”, adică în organismul gazdei (hemoliză posttransfuzională).

9. Frecvența extrem de mică a accidentelor secundare înregistrate de noi se datorește în parte și faptului că vechimea sângelui conservat întrebunțat de noi a fost relativ mică, și anume de 1—16 zile în 94,9% și de 17—28 zile în 5,1% din cazuri, variind cu natura afecțiunilor tratate.

10. În fine, dacă acceptăm părerea majorității autorilor după care accidentele secundare ale transfuziei sunt datorite „instabilității” sângelui și reacțiilor alergice declanșate de acest sânge, atunci am putea presupune, dată fiind inocuitatea perfectă a sângelui conservat de noi, că lichidul stabilizant și conservarea însăși produc o „stabilizare” coloidală a sângelui, fapt evidențiat de noi prin proba de „xynautrophilie” a lui Benda și că sângele conservat de noi, datorită probabil glucozelor pe care o conține în cantități considerabile, atenuează intensitatea reacțiilor alergice posttransfuzionale.

11. Întrebunțarea sângelui selecționat, conservat și administrat după normele indicate de noi, prin faptul

că reduce la minimum frecvența accidentelor posttransfuzionale și în același timp nu necesită eliminarea donatorilor și a primitorilor „periculoși”, permite obținerea unor efecte terapeutice optime și lărgeste mult domeniul și posibilitățile de aplicație ale transfuziei.

Bibliografie

- Belk (W) — Barnes (B): The survival time after transfusion of erythrocytes of citrated human blood stored at 4° to 6° centigrade. *Am. J. Med. Sci.* 201, 1941, ref. in *Berichte ü. d. ges. Physiol. u. exp. Pharmak.* Bd. 128, p. 391, 1942.
- Belk (W) — Rosenstein (F): The effect of glucose in the preservation of citrated human blood stored at 4°—6° centigrade. *Am. J. Med. Sci.* 201, 1941, ref. in *Berichte ü. d. ges. Physiol. u. exp. Pharmak.* Bd. 128, p. 329, 1942.
- Benhamou (Ed) — Mercier (C): Les modifications morphologiques et physiologiques du sang conservé, *Presse Med.* I, p. 66, 1940.
- Bushby (S) — Kerwick (M) — Marriot (H) — Whitby (Z): Survival of stored red cells after transfusion, *Lancet*, II, p. 414, ref. in *Berichte ü. d. ges. Physiol. u. exp. Pharmak.* Bd. 128, p. 508, 1942.
- Chwedzky (B): Contribution à l'action hémostatique du sang conservé, *Chirurgia Nr. 12*, 1940, ref. in *Berichte ü. d. ges. Physiol. u. Pharmak.* Bd. 125, p. 615, 1941.
- Darh (P): Die Technik der Blutgruppen — und Blutfaktoren — bestimmung, 1940, Ed. G. Thieme, Leipzig.
- Eliezer Alkalay: La transfusion de sang conservé. *Diss. Genève*, 1939, ref. in *Berichte ü. d. ges. Physiol. u. exp. Pharmak.* Bd. 125, p. 376, 1941.
- Fischer — Jeanneret: Morphologie et propriétés biologiques des leucocytes dans le sang conservé, *Sang*, 14, p. 308, 1941, ref. in *Berichte ü. d. ges. physiol. u. exp. Pharmak.* Bd. 128, p. 178, 1942.
- Fischer (R) — Paillard (H): Apropos du sang conservé. *Bull. Soc. Chimie biol. Paris*, 22, p. 481, 1940.
- Gowin (E) — Hardin (R) — Swanson (Z): Studies on preserved human blood, Transfusion of cold blood into man, *J. amer. med. Assoc.* 114, p. 859, 1940, ref. in *Berichte ü. d. ges. Physiol. u. exp. Pharmak.* Bd. 122, p. 344, 1941.
- Günther (J): Handbuch der Erbbiologie des Menschen Bd. IV—I.
- Habelmann (G): Blutverlust-Blutersatz, 1942, Ed. G. Thieme, Leipzig.
- Hanausek (J): Bases expérimentales de la transfusion des leucocytes, *J. Physiol. et Path. gén.* 37, p. 931, 1940.
- Heilmeyer (L): Blutkrankheiten, 1942, Ed. J. Springer, Berlin.
- Heilmeyer (L): Lehrbuch der speziellen pathologischen Physiologie, 1940, Ed. G. Fischer, Jena.
- Ionescu (V): Centrul de transfuziune sanguină de urgență, *România Medicală*, Nr. 1, 1943.
- Kolmer (J) — Howard (M): Studies on the preservation of human blood, *Am. J. Med. Sci.* 200, 1940, ref. in *Berichte ü. d. ges. Physiol. u. exp. Pharmak.* Bd. 124, p. 195, 1941.
- Maizels (M) — Whittaker (N): Effects of storage on human erythrocytes, *Lancet*, I, 1940, ref. in *Berichte ü. d. ges. Physiol. u. exp. Pharmak.* Bd. 122, p. 77, 1941.
- Mollison (P) — Young I: Survival of the transfused erythrocytes of stored blood, *Lancet*, II, p. 420, 1940, Ref. in *Berichte ü. d. ges. Physiol. u. exp. Pharmak.* 127, p. 609, 1942.
- Naegeli (Th): Die Bluttransfusion und ihre Bedeutung für die Praxis, 1940, Ed. F. Enke, Stuttgart.

Nicolau (I): Centrul de transfuzie al Facultății de Medicină din Iași, România Medicală, Nr. 7, 1942.

Oehlecker (F): Die Bluttransfusion, 1940, Ed. Urban—Schwarzenberg, Berlin-Wien.

Owada Kazuo: Experimentelle Studien über die Veränderungen des Eiweißes, Kohlenhydrates und Blutgases im konservierten Blut, Tohoku J. exper. Med. 38, 1940, ref. in Berichte ü. d. ges. Physiol. u. exp. Pharmak, Bd. 122, p. 70, 1941.

Probleme de medicină de războiu, Vol. I, 1940, București.

Reinbold (J) — Valentine (E) — Ferguson (K): The effect of storage on the protrombin content of citrated blood, Am. J. Med. Sci. 199, 194, ref. in Berichte ü. d. ges. Physiol. u. exp. Pharmak. Bd. 123, p. 74, 1941.

Scapaticci (R): A proposito delle transfusioni con sangue conservato. Sul comportamento dei puteri immunitari durante la conservazione et stabilizzazione del sangue, Boll. Accad. med. Roma, ref. in Berichte ü. d. ges. Physiol. u. exp. Pharmak. Bd. 119, p. 169, 1939.

Schürch (O) — Willenegger (H) — Knoll (H): Blutkonservierung und Transfusion von konserviertem Blut, 1942, Ed. J. Springer, Wien.

Schwiege (H): Schock und Kollaps, Klinische Wochenschrift Nr. 34—35, 1942.

Takeoka Tomofumi: Experimentelle Studien über Blutkonservierung, Mit. Med. Akad. Kioto t. 29, 1940, ref. in Berichte ü. d. ges. Physiol. u. exp. Pharm. Bd. 123, p. 594, 1941.

Tuft (L): Clinical Allergy, 1938, W. P. Sanders Company, Philadelphia-London.

Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Kreislaufforschung: XIV. Tagung, 1941, Ed. Th. Steinkopf, 1941.

Wilbrandt (W): Über Konservierung menschlichen Blutes, Schweiz. med. Wochenschrift II, 1940, p. 731.

Wildegans (H) — Krönig (H): Der Einfluss der Bluttransfusion auf die Blutbildung im Knochenmark, Med. Klin., Bd. I p. 353, ref. in Berichte ü. d. ges. Physiol. u. exp. Pharmak, Bd. 120, p. 435, 1940.

Zalkind (E): Zur Frage der Wassermann-Reaktion im konservierten Blut. Nor. chir. Arch. 41, p. 556, 1938. ref. in Berichte ü. d. ges. Physiol. u. exp. Pharmak. Bd. 122, p. 321, 1941.

Zaslavski (L): Au sujet du donneur universel, Chirurgia Nr. 10, 1939. ref. in Berichte ü. d. ges. Physiol. u. exp. Pharmak. Bd. 119, p. 654, 1939.

Zenker — Rieve: Über die Lebensfähigkeit konservierten Blutes, Arch. klin. Chir. 200, 1940, ref. in Berichte ü. d. ges. Physiol. u. exp. Pharmak. Bd. 123, 1941.

RESUMÉ

La conservation du sang et l'utilisation du sang conservé en pratique médicale

Des recherches de laboratoire et des observations cliniques faites dans le but d'établir les conditions techniques les plus convenables pour conserver le sang, de préciser l'action thérapeutique du sang conservé et de fixer les règles nécessaires pour prévenir les accidents de la transfusion, ressortent les conclusions suivantes:

1. On décrit une technique de conservation simple, expéditive et efficace, qui consiste dans la recoltage du sang par „la methode ouverte“, c'est à dire, sous la forme d'un jet libre; en le stabilisant à l'aide d'un liquide glucocitraté, composé de 3 parties de citrate de sodium 30% et 4 parties de glucose 40%, qui se mêle au sang en proportions de 7 pour 100, et en le conservant à la température de 2°—4°.

2. Parmi les caractères morphologiques, biologiques et physico-chimiques du sang, les uns s'altèrent après 3—4 jours de conservation (leucocytes, thrombocytes, le pouvoir fagocytaire et bactericide, protéines plasmatiques) et d'autres, spécialement ceux qui conditionnent dans une grande mesure la valeur substitutive et l'innocuité du sang, se conservent pendant 3—4 semaines (hematies, résistance globulaire, réaction du sang, pression colloïdosmotique). La différence entre le sang conservé et le frais ne consiste pas seulement dans un deficitte des elements morphologiques et dans la diminution de l'activité biologique du sang, mais aussi dans la presence des produits de dénaturation et de desagregation avec une action biologique evidente, cependant insuffisamment précisée.

3. Le sang conservé d'après notre technique, étant exempt de microcoagules, peut être administré sans une filtration préalable, comme une injection endoveineuse.

4. Les observations faites par nous par 405 transfusions sur 215 malades de différentes catégories (état de choc hémorragique et posttraumatique, anémies aiguës, chroniques et secondaires, maladies sanguines, infections aiguës et chroniques localisées et généralisées, états toxiques et postoperatives, affections cutanées, disfonctions endoglandulaires) ont démontré que l'effet thérapeutique du sang conservé, qui consiste en une action de substitution et de desintoxication, dans l'hémostase, dans la stimulation et la normalisation de l'érythropoïèse et des réactions de défense est en général pareil, et en certains cas même plus visible que celui du sang frais (action hémostatique et éritropoïétique) Le meilleur effet thérapeutique du sang conservé peut être obtenu en adaptant l'ancienneté et la quantité du sang conservé à la nature de la maladie et en évitant les accidents secondaires de la transfusion.

5. Les accidents graves de la transfusion, dus à l'incompatibilité du groupe, peuvent être évités en employant pour les transfusions urgentes (zone des opérations militaires, accidents nocturnes, transfusions imprévues faites sur la table d'opération), dans lesquelles la preuve préalable de compatibilité et même la technique de transfusion d'après *Oehlecker* ne peuvent être exécutés, seulement le sang conservé du donneur universel identifié de façon à éviter la confusion possible entre le groupe O et A₁ (hémotestes A, B et O) et sélectionné par l'élimination du sang au pouvoir agglutinant élevé (au delà de 1/1000—1/2000). Dans les cas de transfusions faites de groupe à groupe et au récepteur universel, spécialement de A à A et à AB, et de AB à AB, la preuve directe de compatibilité a été prouvée comme absolument nécessaire.

6. D'après l'expérience obtenue avec le sang sélectionné et conservé d'après la technique et les règles indiqués par nous, il résulte que ce sang est beaucoup mieux toléré que la transfusion directe. Les accidents plus graves de la transfusion comme: le choc hémolytique, l'embolie avec coagules, l'infection, les complications rénales (hématurie, albuminurie, néphrite, oligurie, anurie et urémie) et des troubles cardio-vasculaires (colaps) ne se sont produits dans aucun de nos cas, tandis que les réactions légères de la transfusion, consistant de frissons et éruptions urticariennes de petite intensité, n'ont été enregistrées que dans 8 cas, sur le total de 405 transfusions, c'est à dire, avec une fréquence de 2%.

7. La supériorité indubitable du procédé de transfusion avec du sang conservé par nous, par comparaison avec la transfusion directe est mise en évidence principalement dans le cas des récepteurs „dangereux“ pré-

disposés aux accidents de la transfusion (maladies hépatiques et rénales graves, infections généralisées, maladies sanguines et cutanées). En effet, tous les malades de la catégorie „dangereuse“, au nombre de 100, ont sélectionné et conservé d'après les règles et la technique indiquée par nous.

8. Le manque de nocivité du sang conservé par nous peut être expliqué d'un côté par la technique de recoltage et de conservation qui réduit au minimum le danger d'infection du sang et exclut le possibilité de la formation des microcoagules, et d'un autre côté, par l'action protectrice du stabilisateur employé, qui maintient la résistance globulaire, même aux variations du milieu osmotique, empêchant ainsi l'hémolyse du sang pendant la conservation et même „in vivo“, c'est à dire dans l'organisme du récepteur (hémolyse posttransfusionnelle).

9. La fréquence minime des accidents secondaires enregistrés par nous est due au fait que l'ancienneté du sang conservé employé par nous a été relativement petit et notamment de 1—16 jours en 94,9% de cas et 17—28 jours en 5,1 de cas, variant d'après la nature des affections traitées.

10. Enfin, si nous acceptons l'avis de la majorité des auteurs, d'après lesquels les accidents secondaires de la transfusion sont dus à „l'instabilité“ du sang et aux réactions allergiques déclenchées par ce sang, alors nous pourrions supposer, étant donné l'inocuité parfaite du sang conservé par nous, que le liquide stabilisant et la conservation elle-même produisent une „stabilisation“ colloïdale du sang, fait évidentié par nous par la preuve de synautophylie de Benda aussi, et que le sang conservé par nous, probablement grâce à la glycose qu'il contient en quantité considérable, atténue l'intensité de la réaction allergique de la transfusion.

11. L'emploi du sang sélectionné, conservé et administré d'après les règles indiquées par nous, par le fait qu'il réduit au minimum la fréquence des accidents de la transfusion et en même temps n'oblige pas l'élimination des donneurs et des récepteurs dangereux, nous permet d'obtenir les meilleurs effets thérapeutiques et élargit beaucoup le domaine et les possibilités de l'application de la transfusion.

ZUSAMMENFASSUNG

Blutkonservierung und ihre praktische Anwendung

Aus den Laboratoriums- und klinischen Arbeiten, die wir unternommen haben, um die besten technischen Bedingungen für die Blutkonservierung, die therapeutische Wirkung dieses Blutes und die Vorschriften zur Verhütung der Blutübertragungsunfälle festzustellen, können wir folgende Schlussfolgerungen ziehen:

1. Die Konservierungstechnik ist einfach, rasch und wirksam. Sie besteht in der Blutentnahme mit „offener Methode“, d. h. als freier Strahl; in der Blutstabilisierung mit einer Lösung, die aus 3 Teilen einer 30%-igen Natriumcitratlösung und 4 Teilen einer 40%-igen Glucoselösung besteht, welche dem Blut beigegeben wird, und zwar in dem Verhältnis 7:100 und Aufbewahrung des Blutes in einer Temperatur von 2°—4°.

2. Was die morphologischen, biologischen und chemisch-physikalischen Kennzeichen anbelangt, so erleiden einige 3—4 Tage nach der Konservierung eine Alteration

(Leukocyten, Thrombocyten, die phagocytäre und bacterielle Kraft, Plasmaproteine), andere aber, speziell diejenigen, von denen zum grossen Teil der Substitutionswert und die Brauchbarkeit des Blutes abhängt (Blutkörperchen, Blutkörperchenresistenz, Blutreaktion, der kolloidosmotische Druck) werden während 3—5 Wochen unverändert erhalten. Der Unterschied zwischen dem konservierten und dem frischen Blut besteht nicht nur in der Verringerung der morphologischen Elemente und in der Abnahme der biologischen Blutwirksamkeit, sondern auch in dem Vorhandensein der Denaturierungs- und Desaggregationsprodukte mit augenscheinlicher, aber unvollkommen aufgeklärter biologischer Wirksamkeit.

3. Das mit unserer Technik konservierte Blut, in dem die Mikrogerinnsel fehlen, kann ohne vorhergehende Filtration, wie jede andere intravenöse Einspritzung, verabreicht werden.

4. Aus unseren Beobachtungen, die wir an 405 Blutübertragungen, in 215 Krankheitsfällen verschiedener Kategorien angestellt haben (haemorrhagischer und posttraumatischer Shock, akute, chronische und sekundäre Blutanaemien, Blutkrankheiten, akute und chronische, lokalisierte und generalisierte Infektionen, toxische und postoperative Zustände, Hautkrankheiten, endokrine Funktionsstörungen), geht hervor, dass die therapeutische Wirkung des konservierten Blutes — die in Substitutions- und Desintoxikationswirkung, in Haemostatik, in Stimulation und Normalisation der Erythropoiese und der Schutzreaktionen besteht — im allgemeinen derjenigen des frischen Blutes ähnlich, in einigen Hinsichten sogar stärker als diese ist (haemostatische und erythropoetische Wirkung). Man kann die höchste therapeutische Wirkung des konservierten Blutes erreichen, wenn das Alter und die Menge des verabreichten Blutes dem betreffenden Krankheitsfall angepasst wird und die sekundären Blutübertragungsunfälle vermieden werden.

5. Die durch Unverträglichkeit der Gruppen verursachten schweren Unfälle können vermieden werden, wenn für dringende Blutübertragungen (militärische Operationszone, nächtliche Unfälle, unvorhergesehene, auf dem Operationstisch stattfindende Blutübertragungen), bei welchen die vorhergehende Verträglichkeitsprobe und sogar die Oehleckersehe Blutübertragungstechnik ausfallen müssen, nur konserviertes Blut eines Universalspenders verwendet wird, welches in solcher Weise identifiziert ist, dass eine mögliche Verwechslung der Gruppen O und A₂ (mit Haemotesten A, B und O) vermieden wird und welches durch Ausstossung des Blutes, das grosse Agglutinationskraft (über 1/1000—1/2000) besitzt, selektioniert ist. Die direkte Verträglichkeitsprobe erwies sich als unbedingt notwendig in den Blutübertragungsunfällen, die von Gruppe zu Gruppe und zum Universalempfänger gemacht werden, speziell von A zu A und zu AB, und von AB zu AB.

6. Wir haben festgestellt, dass das mit unserer Technik und nach unseren Grundsätzen selektionierte und konservierte Blut besser als das frische Blut vertragen wird. Die schweren Blutübertragungsunfälle, wie z. B. haemolytischer Shock, Embolie mit Gerinnseln, Infektion, Nierenkomplikationen (Haematurie, Albuminurie, Nephritis nach Transfusionen, Anurie und Uraemie) und cardiovasculäre Störungen (Kollaps) sind in unseren Fällen nicht vorgekommen, während die leichten, nach Blutübertragungen stattfindenden Reaktionen, Schüttelfrost und leichte Nesselausschläge nur in 8 unter 405 Fällen verzeichnet wurden, also 2%.

7. Die offenkundige Überlegenheit des Blutübertragungsverfahrens mit von uns konserviertem Blut im Gegen-

satz zu der direkten Blutübertragung, ist besonders im Falle der „gefährlichen“ Empfänger augenscheinlich, die zu Unfällen nach Blutübertragungen neigen (Leber- und Nierenkrankheiten, schwere allgemeine Infektionen, Blut- und Hautkrankheiten). Tatsächlich haben alle „gefährlichen“ Kranken, fast 100 an der Zahl, praktisch ohne jeden Unfall die Blutübertragung mit dem, nach unseren Grundsätzen und unserer Technik selektionierten und konservierten Blut ertragen.

8. Die Unschädlichkeit des von uns konservierten Blutes lässt sich einerseits mit der Blutentnahme- und Konservierungstechnik erklären, welche die Infektionsgefahr des Blutes zu einem Minimum verringert und die Bildungsmöglichkeit der Mikrogerinnsel ausschliesst, andererseits mit der Schutzwirkung des von uns benützten Stabilisators, welcher die Blutkörperchenresistenz gerade den osmotischen Variationen des Mediums anpasst, und so die Haemolyse des Blutes während der Konservierung und sogar „in vivo“, d. h. im Organismus des Empfängers verhindert (Haemolyse nach Blutübertragung).

9. Die äusserst geringe Anzahl der von uns verzeichneten sekundären Unfälle ist zum Teil dem Umstande zu verdanken, dass wir ein verhältnismässig frisches Blut benutzt haben, und zwar in 94,9% der Fälle war das Blut

1—16, und in 5,1% der Fälle 17—28 Tage alt, je nach der Natur der betreffenden Krankheit.

10. Endlich, wenn wir uns der Meinung der meisten Verfasser anschliessen, nach welchen die sekundären Blutübertragungsunfälle durch die Blutinstabilität und den, von diesem Blut hervorgerufenen, allergischen Reaktionen verursacht werden, können wir annehmen — da die vollkommene Unschädlichkeit des von uns konservierten Blutes erwiesen ist — dass die stabilisierende Lösung und die Konservierung überhaupt eine kolloidale Stabilisierung des Blutes bewirken, welche Tatsache von uns durch die Benda-sche „Synautrophie“-Probe erwiesen wurde und dass das von uns konservierte Blut, wahrscheinlich weil es grosse Mengen Glucose enthält, die Intensität der allergischen Reaktionen mildert.

11. Die Verwendung des, nach der von uns angegebenen Methode selektionierten, konservierten und verarbeiteten Blutes gestattet die Erreichung der günstigsten therapeutischen Wirkungen und erweitert das Gebiet und die Anwendungsmöglichkeiten der Blutübertragung, da es die Blutübertragungsunfälle auf ein Minimum beschränkt und zugleich das Ausschliessen der „gefährlichen“ Spender und Empfänger nicht notwendig macht.

Considerațiuni asupra simptomului poliglobuliei în ulcerul duodenal

de

Dr. O. Fodor

Turburări dispeptice pot face parte din cadrul simptomatologic al poliglobuliei. Coexistența unui ulcer duodenal cu poliglobulie este de asemenea bine cunoscută. Poliglobulia, nu prea ridicată, cu 5,5—6 milioane sunt destul de frecvente. *Friedmann, Pop*, descriu cazuri de ulcere gastro-duodenale cu poliglobulie până la 7—8 milioane. În ultimul timp se comunică tot mai multe ulcere însoțite de poliglobulie. Unii autori observă în ulcere poliglobulii până la 9 milioane. În legătură cu aceste constatări, s'a emis chiar o ipoteză privind patogenia, care însă a rămas neconfirmată.

În ultimul timp am observat în clinica noastră trei bolnavi suferind de ulcer duodenal cu o mărire a numărului globulelor roșii.

I. R. I. 48 ani. De 10 ani dureri epigastrice cu iradierii în dreapta, pe sub rebordul costal în spate, ritmate de alimentație, apărând tardiv sau hipertardiv, mai accentuate noaptea și după anumite alimente. Piroze, uneori balonări postalimentare. Caracterul durerilor este sezonier.

În ultimile luni durerile se accentuează. Bolnavul afirmă că tegumentele, mai ales la mâini și față, au fost totdeauna mai intense colorate în roșu violaceu. Din

partea aparatului respirator și cardio-vascular relații normale. Electrocardiograma de aspect normal. Întreaga jumătate dreaptă a epigastriului și ipocondriul drept sensibil la palpare. La examenul sucului gastric, hipersecreție a jeun: 100 cmc. Iperaciditate. R. W.: negativ. Radiologic: Bulb duodenal neregulat, recesul extern ectaziat diverticuliform. Examenul hematologic: hematii 7.000.000, hemoglobină 118% (Hellige) Leucocite 8.900. Formula leucocitară normală. Ficatul și splina nu sunt mărite.

II. R. G. 24 ani. Fiul bolnavului a cărui observație am dat-o mai sus. Suferă de trei ani de când prezintă dureri epigastrice ritmate de alimentație la 2 ore după mâncare, uneori atât de mari încât l-a atitudinea forțată, periodice. Piroze, rar vărsături, după care se calmează durerile. A slăbit în greutate 5 kgr.

Tegumentele feței și a mâinilor mai intense colorate în roșu cu o foarte ușoară nuanță violacee. Examenul aparatului respirator și circulator relații normale. Dureri epigastrice spontane ce se exacerbează la palpare. Ficatul și splina nu sunt mărite. R. W.: negativ. Examenul radiologic al tubului digestiv: bulb duodenal neregulat, în formă de trifol, recesul extern

ectazlat diverticuliform. Ipersecreție cu hiperaciditate pronunțată a sucului gastric. Ex. hematologic: *hematii* 5.500.000. Hemoglobină 110% (Hellge), Leucocite 5.000. *Formula leucocitară normală.*

Față de aceste două cazuri, unde acuzele bolnavilor sunt exclusiv în legătură cu suferințele lor dispeptice, cazul următor prezintă și simptomele unei poliglobulii.

III. C. I. 55 ani. Tatăl bolnavului și încă trei frați aveau tegumentele colorate intens în roșu violaceu, mai ales la nivelul feței, fără a acuza nimic dispeptic. Un frate a suferit însă și de ulcer duodenal pentru care s'a operat, sucombând după operație la câteva ore.

Bolnav de 10 ani, de când prezintă simptomatologia caracteristică ulcerului duodenal care a și fost confirmat radiologic, constatându-se un bulb duodenal în formă de trifoliu.

De 1½ ani are tremurături și dureri în membre, amețeli de câteva clipe, turburări de vedere, în ultimul an plerzându-și vederea pentru câteva clipe în vreo trei-patru rânduri. Durerile și senzația de greutate din extremități se accentuează tot mai mult, obosește foarte repede, și are adeseori cefalee. Nu poate dormi decât 1—2 ore pe noapte. La cea mai mică leziune a tegumentelor sângerează abundent. Vine în clinică mai mult pentru aceste acuze.

Tegumentele intens colorate în roșu violaceu, congestionate, mai cu seamă la nivelul feței și extremităților. Conjunctivele roșii, hiperemice intens. Din partea aparatului respirator și circulator nimic patologic afară de examenul electrocardiografic care prezintă semnele unui infarct miocardic cicatrizat al peretelui posterior. Bolnavul nu-și amintește să fi avut vreo suferință care s'o putem pune în legătură cu această constatare. Ficatul nu este mărit. *Matitatea splinei mai rezistentă la percucie.* La examenul sucului gastric, hipersecreție și hiperaciditate. Ex. hematologic: numărul *hematiilor* a oscilat la repetate examinări între 9—10.400.000. Hemoglobina 136% (Hellge). *Leucocitoza* 10.400. Formula leucocitară: polinucleare neutrofile 67%, limfocite 26%, monocite 2%, eosinofile 1%, *metamielociți* 4%.

Miellograma:

Polinucleare neutrofile	38%
" eosinofile	2%
Metamielociți neutrofili	4%
" eosinofili	1%
Mielociți neutrofili	9%
" eosinofili	2%
Promielociți	3%
Mieloblast	1%
Limfocit	1%
Celulă reticulară	1%
Eritroblaști	6%
Normoblaști	32%

Viteza de sedimentare a hematiilor la 2 ore 5 mm. Timpul de sângerare 5 minute. Timpul de coagulare 6 minute. Rumpel-Leede: negativ. R. W.: negativ.

Se fac emisii de sânge (în 3 rânduri câte 300 cmc.), tratamentul medicamentos și dietetic al ulcerului, a cărui fenomene dureroase repede cedează. Pentru poliglobulie facem radioterapie pe regiunea pilorică, splină și oasele late, numărul hematiilor scăzând dela 10.400.000 la 5.800.000 în decurs de 16 zile, la sfârșitul tratamentului bolnavul simțindu-se absolut bine, doarme foarte bine toată noaptea, nu mai are amețeli, nici cefalee, nu mai obosește. Cu toate acestea culoarea tegumentelor nu a revenit la normal.

În legătură cu aceste trei cazuri ne permitem a face câteva considerațiuni.

Poliglobuliile cauzate de fenomene de deshidratare a organismului în ulcerele stenozante sau în cele cu vărsături abundente, nu ajung niciodată la un grad prea mare, nici la alte modificări hematologice sau vasculare. Geneza poliglobuliei în ulcere a fost pusă și în legătură cu excitația măduvei în urma sângerărilor oculte repetate. *Hitzenberger* presupune o supraproducție de ferment Castle — în majoritatea cazurilor fiind o supraproducție de fermente extrinseci a stomacului — prin analogie consideră și hiperproducție de ferment Castle. *Tuchfeld* face o comparație considerând poliglobulia antipodul anemiei pernicioase, în prima fiind o hiper — în a doua o ipo sau lipsă de producție a acestui ferment. Unii consideră și policitemia lui Vaquez de origine gastrogenă. Plecând dela aceste ipoteze s'a recomandat ca metodă terapeutică a poliglobuliilor rezecția gastrică.

Ehrström referează 4 cazuri de policitemii tratate chirurgical (cu rezecție gastrică), 2 cu poliglobulii moderate, dintre care la unul se instalează anemie, la al doilea se ameliorează numai fenomenele subiective, iar două cu poliglobulii mai marcate, care după intervenția chirurgicală se termină letal. *Camiglio* publică de asemenea un caz de ulcer duodenal și policitemie, 7.800.000 globule roșii. După operație, se prezintă tromboză post-operatorie care duce la evoluție letală.

Poliglobulia simptomatică din ulcerele gastro-duodenale este o modificare sanghină solitară, fără colaterizarea celorlalte elemente sanghine.

În boala lui Vaquez modificările ematologice sunt mai profunde. Creșterea numărului hematiilor este însoțită de apariția la periferie a formelor tinere din seria granulocitară. Leucocitoza, este considerată de *Heilmayer* și mulți alți autori caracteristice pentru această boală. Hiperactivitatea măduvei duce în aceste cazuri la creșterea și a numărului trombocitelor. Altă caracteristică este predispoziția exagerată pentru sângerări și tromboze (*Heilmayer*, *Jürgen*, *Parenti*, *Ludecke*). Tratamentul chirurgical în acest fel de poliglobulii nu a dat rezultat,

bolnavii după intervenția chirurgicală prezentând cel mai mulți tromboze extinse. Tratatamentul chirurgical prin rezecție gastrică nu poate duce la vindecare, fiind vorba de o boală de sistem cu coafectarea întregului aparat hemato-poetic, nu arareori observându-se trecerea acestor boli în leucemie.

Prezența ulcerului gastro-duodenal în poliglobulii este observată de mulți autori. Apare de multe ori familial, cum arată și *Ritschel*.

Serafini le pune ambele în contul acelorași tulburări localizate în mezencefal.

Cunoscând predispoziția spre tromboze capilare în boala lui Vaquez, apariția ulcerului gastro-duodenal s'ar putea imagina prin micile necroze care s'ar produce la nivelul trombozel capilare. Pe această cale se poate explica apariția destul de frecventă a ulcerului la poliglobulii. *Luned* și *Liesch* descriu apariția de policitemia vera asociată cu ulcer gastric la mulți membri ai aceleiași familii, concomitent cu tulburări funcționale la nivelul diencefalului. Fapt care după el ar pleda pentru un sediu comun a acestor două afecțiuni.

Concluzii:

1. Poliglobulia este un simptom destul de frecvent în ulcerul duodenal.

2. Observațiile clinice arată rolul important a stomacului și duodenului în economia aparatului hemato-poetic.

CLINICA MEDICALĂ I.

Director: Prof. I. Hațieganu.

RESUMÉ

Considérations sur le symptôme de la polyglobulie dans l'ulcère duodénal.

L'auteur expose, en relation avec 3 cas de polyglobulie et d'ulcère duodénal, les conceptions actuelles de la pathogénie. En ce qui concerne le traitement dans les polyglobulies symptomatiques, le traitement chirurgical de l'ulcère ne présente pas d'inconvénients. Dans la polyctémie de Vaquez, les malades présentent une tendance accentuée aux saignements et à la thrombose, le traitement médical et la radiothérapie sont recommandés.

ZUSAMMENFASSUNG

Betrachtungen über das polyglobuläre Symptom bei Zwölffingerdarm-Geschwür.

Im Zusammenhang mit 3 Fällen von Polyglobulie bei Ulkus duodeni werden die gegenwärtigen pathogenetischen Auffassungen dargelegt. Was die Behandlung der symptomatischen Polyglobulien anbelangt, ist die chirurgische Behandlung des Geschwürs nicht nachteilhaft. In der Polyctämie nach Vaquez neigen die Kranken stark zu Blutungen und Thrombose, es wird daher die medikamentöse und radiotherapeutische Behandlung empfohlen.

Un caz rar de Cutis verticis girata

de

Dr. Faur George

Această afecțiune am observat-o cu ocazia trlajului oamenilor dintr'un regiment de artilerie, unde eram concentrat. Atenția mi-a fost atrasă asupra cazului la prima inspecție obiectivă de ansamblu, în momentul intrării lui la vizita medicală. Deși descrierea clinică și anatomo-patologică a acestel afecțiuni s'a făcut până în prezent în mod aproape complet, am ținut totuși să public acest caz, care excelează prin raritatea lui.

Este vorba de un bărbat în etate de 37 ani, de profesiune muncitor agricol, din jud. Mehedinți, care se prezintă la concentrare fără niciun simptom subiectiv, în consecință necerând ocrotire medicală.

În antecedentele heredo-colaterale nimic deosebit. N'a suferit nimeni în familie de o asemenea afecțiune.

În antecedentele personale de remarcat că bolnavul a fost născut la termen în condiții normale, n'a suferit de nicio boală contagioasă sau venerică, prezentând însă dela naștere această afecțiune.

La examenul somatic general se observă pe pielea păroasă a hemicraniului stâng, o tumoră foarte curioasă de aspect encefaloid, care se întinde antero-posterior dela regiunea frontală

până la regiunea occipitală și frontal, dela vertex până la pavilionul urechii stângi. (Vezi fig. 1 și 2). La prima înfățișare ești tentat a crede că ai în față un adevărat emisfer cerebral, deoarece tumora este formată dintr'o serie de plici sau cute, adevărate circonvoluțiuni, unele mai mari altele mai mici, a căror dimensiuni ating pe unele locuri grosimea unui deget. Ele sunt dispuse paralel, oblic, sau răsucite în toate sensurile luând forme de v—y, iar între ele se infundă scizuri neregulate apropiind aspectul dispozițiilor lor cu acel al circonvoluțiilor creierului.

La palpare tumora este moale, elastică, nedureroasă, având consistența substanței cerebrale. Întreg ansamblul ei este mobil pe planurile profunde și se deplasează în bloc pe scheletul craniului. Când se încearcă a descrie circonvoluțiunile ele se întind în parte ca și când pielea ar fi alungită anormal în raport cu cutia craniană. Scizurile nu dispar niciodată complet și în fundul lor se observă o secrețiune galben brună ce se poate ridica cu degetul având un miros penetrant butiric. În unele scizuri după cum se poate observa din fig. 1 și 2, se găsesc fire de păr ceva mai groase decât normal, dure și tăiate scurt, dispuse liniar de-a-lungul lor, în unele mai abundente, în altele mai rar, brăzdând ca niște dăre suprafața tumorii. Suprafața cutelor văzută liber dar mai ales cu lupa, prezintă o serie de șanțuri fine anastomozate în toate sensurile. Colorația lor este gălbue rozată și sunt lipsite

de păr pe toată întinderea. Tumora se continuă insensibil la periferie cu tegumentul normal. (Vezi fig. 1).

La radiografia craniului făcută de Dr. Berariu, nu se găsește nimic deosebit în structura osoasă, doar profilul tumorii deasupra tablei externe. R. W. negativ.



FIG. 1
Cutis verticis girata.

Afecțiunea descrisă mai sus este cunoscută sub numele de Cutis verticis girata (Unna sau pachidermie vorticeleată a lui Andry), a pleii păroase a capului. Sub această denumire se înțelege o malformațiune congenitală sau câștigată a pleii păroase a capului, având sediul în imediata vecinătate a vertexului și fiind con-

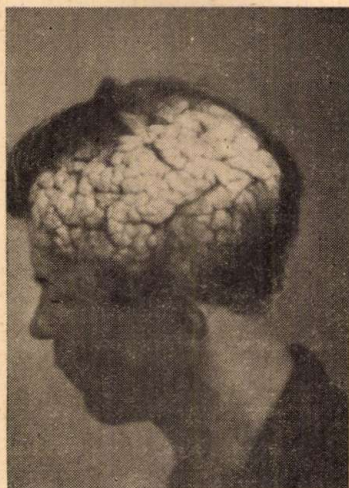


FIG. 2
Cutis verticis girata.

stituită dintr-o îngroșare a tegumentului (pachidermie) dispusă sub formă de cute răsucite sau ca un vârtej.

A fost descrisă pentru prima oară de Jadassohn în 1906 și studiată de Unna, de Veress, Paspelow, Bogrow, Vignolo-Luati, H. Woerner, L. F. Calle, iar în Franța de Andry-Rouvière, Malartic și Oplin-Lenormant.

Ea ocupă în general regiunea posterioară a pleii păroase a capului cuprinsă între vertex și protuberanța occipitală externă și se întinde după cazuri pe regiunile temporale, parietale sau frontale.

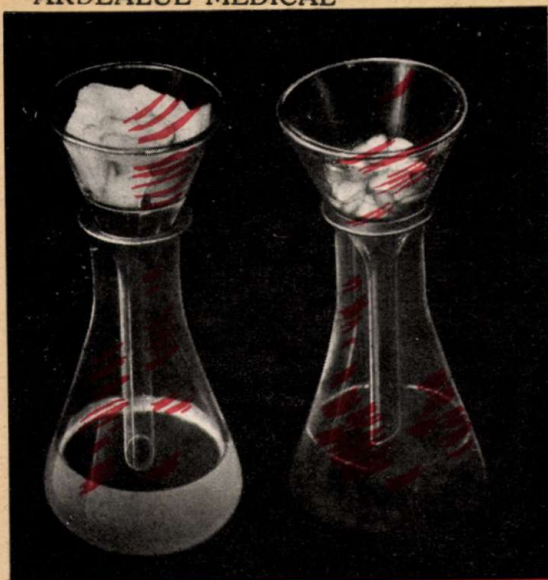
Plicile cutanate formează ridcăturile paralele, oblice sau răsucite în toate sensurile, între care se înfundă scizuri neregulate, apropiind aspectul dispozițiilor lor cu acel al creierului (pleea păroasă a capului encefaloidă a lui Calle). De cele mai multe ori tumora este mediană și simetrică. Se mai poate localiza de o singură parte sau se compune din mai multe placarde distincte, separate prin intervale de piele sănătoasă. Desvoltarea sa este variabilă. Există forme circumscrie nedepășind suprafața unei palme. În cazul nostru tumora a existat la naștere de mărimea unei monede de 250 lei, care a crescut în dimensiune până la vârsta de 25 ani, ocupând întreg hemicranul stâng. În ultimii 12 ani nu s'a mai dezvoltat aproape de loc. Uneori din contră leziunile se generalizează la toată pleea păroasă a capului și i-a o dezvoltare monstruoasă coafând capul ca o veritabilă bonetă, a cărei circconvoluțiuni se inseră în toate sensurile. La un bolnav al lui Lenormant, proporția tumorii era așa de mare, că turtea lateral pavilionul urechii și acoperea înapoi ca o cască toată regiunea cefei.

Simptome funcționale și generale. Simptomele funcționale sunt în general foarte puțin marcate. În formele circumscrie ele lipsesc total sau se reduc la o senzație de prurit și se manifestă mai ales când capul repauzează pe un plan rezistent. Formele hipertrofice se însoțesc însă de o senzație de greutate penibilă, datorită greutateii tumorii, de un miros butiric, provenit din abundența secrețiunii sebacee, care se acumulează în fundul șanțurilor și care se descompune dând o greutate în curățirea capului. Uneori întâlnim și o oarecare cefalee. Starea generală nu este modificată. Indivizii nu prezintă de cele mai multe ori nici o tară fizică sau intelectuală.

Coexistența acromegaliilor, a distrofiilor adiposogenitale, a neurofibromatozelor sau a tulburărilor mintale, au fost semnalate numai în câteva cazuri. În cazul prezent pacientul era în deplină facultăți mintale și cu toată forța fizică păstrată.

Evoluția. Afecțiunea există în general dela naștere, sub forma unui nev ridicat, care se întinde și invadează progresiv pleea păroasă. Ea poate însă să nu apară decât în primul ani ai vieții, sau chiar la o vârstă adultă. Odată constituită, leziunea persistă înfinit fără tendință la regresione. Metaplazia canceroasă n'a fost niciodată observată. Complicațiile sunt rare și se reduc la fenomene de ordin local (infecțiuni locale, abcese, plodermite, exematizații, etc.), provenind din traumatisme sau macerația regiunii.

Etiologie și Patogenie. Etiologia pachidermiei vorticeleate este puțin cunoscută. Dr. Georgescu în teza sa din 1921, nu relevă decât 36 de cazuri în toată literatura. Cele mai multe observațiuni au fost publicate



Experiențe de digestie cu Luizym

Slănga: 10 gr. cuburi de castraveți agitați timp de 1 oră cu 20 cmc. soluție de diastază; reziduu: 6 gr.

Dreapta: 10 gr. cuburi de castraveți agitați timp de 1 oră cu 20 cmc. soluție de Luizym; reziduu: 2,6 gr.

Stările terapeutice și efectul digestiv auxiliar al fermenților care despică celuloza în fenomenele dispeptice fermentative, au fost perfect caracterizate prin cele expuse mai jos:

Celulazele și hemicelulazele sunt într'un anumit sens considerate ca îndrumătoare, pioniere pentru fermenții digestivi, cărora le ușurează intrarea în interiorul celulelor vegetale prin dilatarea orificiului natural de pătrundere. Ele susțin digestia alimentelor, permit o cât mai completă folosire a lor și împiedică, ca conținutul nedigerat al celulei să cauzeze disbac-terioză în secțiunile inferioare ale intestinului și să formeze astfel cauza principală a putrefacției intestinale și a meteorismului.

Gavrila, „WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT”
1942, Nr. 50.

LUIZYM

PREPARATUL DE FERMENTI VEGETALI CU CELULAZĂ
ȘI HEMICELULAZĂ ALĂTURI DE AMILAZE, PROTEAZE etc.

la insuficiențe digestive față de alimente vegetale
precum și la dispepsii fermentative și a stărilor lor consecutive.

Tablete — Dragee

Literatură vă stă cu plăcere la dispoziție.

LUITPOLD-WERK, MÜNCHEN

Depozit permanent al preparatelor Luitpold-Werk în România:

„DROGUERIA STANDARD” S. A. R.

București I — Str. Sf. Ionică Nr. 8

ANEMOCIT

Injectii à 2 cmc.

Extract de ficat injectabil, bine desalbuminat și deimpoldat

Cuții cu 5 fiole à 2 cmc.

Anemii pernicioase, gravidice, convalescență.

ANEMOCIT FORTE

în fiole à 5 cmc.

Extract de ficat injectabil, bine desalbuminat și deimpoldat

Cuții cu 5 fiole à 2 cmc.

Anemii pernicioase, gravidice, convalescență.

ANEMOCIT DRAGELE

Flacon à 30 bucăți

Formula:

Principiu antianemic din ficat	0,03 gr.
Protoxalat de fier	0,05 "
Complex vitaminic B din drojdie	0,10 "
Extract de mucusă stomacală	0,10 "
Excipient aromatizant	0,25 "
pe bucată.	

Anemii pernicioase, gravidice, convalescență.

CEREBROTONIN

Tonic reconstituant pe bază de glicerofosfați, extract de ficat și vitamina B.

Forma A cu arsen

Formula:

Glicerofosfați/Ca, Fe, Na și strichnină	3 ⁰ / ₀
Vitamina B, extract concentrat	2 ⁰ / ₀
Extract de ficat concentrat	1 ⁰ / ₀
Gluconat de calciu	1 ⁰ / ₀
Clorură de magneziu	0,5 ⁰ / ₀
Formiat de sodiu	0,2 ⁰ / ₀
Extract de cola	1 ⁰ / ₀
Metilarseniat de sodiu	0,05 ⁰ / ₀
Clorură de mangan	0,02 ⁰ / ₀
Excipient aromatizant q. s. ad. 100 cmc.	

Forma B fără arsen

Formula:

Glicerofosfați/Ca, Fe, Na și strichnină	3 ⁰ / ₀
Vitamina B extract concentrat	2 ⁰ / ₀
Extract de ficat concentrat	1 ⁰ / ₀
Gluconat de calciu	1 ⁰ / ₀
Clorură de magneziu	0,5 ⁰ / ₀
Formiat de sodiu	0,2 ⁰ / ₀
Extract de cola	1 ⁰ / ₀
Clorură de mangan	0,02 ⁰ / ₀
Excipient aromatizant q. s. ad. 100 cmc.	

Stări de slăbiciune nervoasă, anemie, depresiune, neurastenii, surmenaj, convalescență.

Mostre și literatură:

„NEOFARM“ Laborator Chimico-Farmaceutic

București V, Calea Vitanului 11 — Telefon 5.73.46.

după această dată. Afecțiunea a fost observată aproape în toate țările și atinge ambele sexe cu o predilecție marcată pentru sexul masculin.

S'a semnalat de mai multe ori în aceeași familie la doi frați sau la două verișoare, etc.

Pentru unii autori pachidermia vorticelată ar apărea mai mult la indivizii cu păr castaniu sau negru, dar această eventualitate este departe de a fi constantă. Rolul afecțiunilor intercurrente cum ar fi sifilisul, febra tifoidă, erizipelul, psoriaza, exema, impetigo, n'a fost demonstrată. Rouvière a observat coexistența acnelor cheloidiene, fără a se putea trage însă vreă concluzie. Patogenia sa rămâne obscură.

Iodasshon a considerat-o ca o malformație congenitală a pielii păroasă a capului, comparabilă cu *plea bouldogului*, (cânelul mops). Paspelow, Bogrow, Oppenheim, Rouvière, Calle, Lanormant, au considerat-o totuși ca o afecțiune congenitală neinflamatorie, existând de la naștere și crescând cu vârsta. În cazul nostru afecțiunea a fost congenitală și a crescut cu vârsta până la 25 ani).

Pentru *Unna* este vorba de o hipertrofie în suprafața a pielii păroasă a capului, circumscrisă în sens longitudinal și transversal. Forster și Adrian admit că ea rezultă dintr-o discordanță între dezvoltarea exagerată a tegumentului și reducerea diametrului sagital al craniului. Din această cauză s'ar observa mai mult la brachicefali. În toate aceste cazuri ea apare ca o formațiune de ordin nevric cu caracter congenital. Pentru Von-Veress, Vignolo, Luati, ar fi vorba din contră de o maladie câștigată secundar, după o infiltrație inflamatorie cronică a tegumentului și fără relațiuni cu nevi.

Vedem deci contradicția teoriilor care în aparență fiecare ar putea fi reală după cazurile studiate. Se pare însă că trebuie să distingem în pachidermia vorticelată două forme distincte:

Una congenitală, aparținând clasei nevirilor hipertrofice și alta câștigată, de natură inflamatorie.

Structura anatomo patologică. În unele cazuri structura este aceea a unui nev tipic, caracterizat prin existența în derm de celule nevrice, izolate sau grupate în grămezi, încărcate sau nu de pigment și înconjurate de țesut conjunctiv dens. În alte cazuri celulele nevrice lipsesc și leziunile sunt constituite dintr'un infiltrat inflamatoriu, predominând în jurul vaselor și a folișurilor pilorilor, însoțite de o hipertrofie scleroasă a dermului (Vignolo-Luati). Von-Veress a semnalat atrofia glandelor sebacee și a glandelor sudoripare. Într'un caz a lui Lucien Perin de pachidermie circumscrisă, a observat leziuni inflamatorii de același ordin, fără modificări aparente a folișurilor pilo-sebacel și a glandelor sudo-

ripare. Deși în cazul meu nu am putut recolta o biopsie, bolnavul refuzând categoric, mă asociez părerii lui Lucien Perin, întru cât între scizurile tumorii există o secrețiune sebacee abundentă. Până la această dată fiind puțin numeroase cazurile descrise, pentru a putea permite o concluzie definitivă, se pare totuși că structura inflamatorie s'ar întâlni mai mult în formele circumscrise sau puțin întinse a afecțiunii, iar structura nevrică ar fi din contră prezentă în cazul formelor generalizate sau mult extinse.

Diagnostic. Diagnosticul este evident dacă am mai avut ocazia de a observa o astfel de afecțiune. Confuzia nu poate fi făcută decât cu un *elefantiazis congenital* a lui *Iodasshon*, de care ea se diferențiază prin aspectul său cerebriform și evoluția sa progresivă. *Dermatolizia* pielii păroasă a capului care se întâlnește uneori în neuro-fibromatoza lui Recklinghausen se prezintă foarte diferit sub forma de plăci largi, acoperind ceafa sau pleoa păroasă ca un șorț, pe care îl putem ridica. Afecțiunea nu seamănă cu *acneea cheloidiană*, care începe ca folișurile papuloase ale cefii și se caracterizează printr-o ridicătură cicatricială, lipsită de șanțuri de cele mai multe ori, transversală și nedepășind niciodată prin lățimea sa superioară regiunea occipitală.

Tratamentul. Tratamentul este eminent chirurgical. Exciziunea nu prezintă niciun pericol și poate fi indicată fără rezerve în formele circumscrise, fără să fie urmată de grefă reparatorie. Din contră în forma generalizată, exereza chirurgicală largă trebuie urmată de grefă reparatorie. Nu s'au observat recidive.

RESUMÉ

Un cas de cutis verticis girata.

L'auteur décrit un cas de cutis verticis girata chez un homme de 37 ans. Cette affection, de nature congénitale, dans la majorité des cas se localise sur le cuir chevelu de la tête et elle a un aspect curieux encéphaloïde. En liaison avec ce cas on discute l'étiologie, la pathogénie et la symptomatologie de cette maladie.

ZUSAMMENFASSUNG

Ein Fall von Cutis Verticis Girata.

Der Verfasser beschreibt einen Fall von Cutis verticis girata bei einem Mann vom 37 Jahren. Diese Affektion, in den meisten Fällen angeborener Natur, tritt meist auf der behaarten Kopfhaut auf und hat ein hirntartiges Aussehen. Es wird eine klinische Darlegung gemacht und eine Besprechung über die Ätiologie und Pathogenie, welche bis heute noch nicht geklärt wurde.

Un caz de acantoză nigrăcantă esențială (benignă)

de

Dr. Emil I. Bologa

Acantoză nigrăcantă este o afecțiune cutanată, care se prezintă destul de rar diagnosticului. Această raritate a dermatozelor ce descriem, fiind accentuată de o serie de simptome pe care cazurile clasice nu le prezintă, ne-a îndemnat să publicăm acest caz, care desigur are o valoare statistică.

Înainte de a descrie cazul clinic, vom face câteva considerații generale, referitoare la această dematoză.

Acantoză nigrăcantă este o dematoză rară, cu etiologia necunoscută. Ea se caracterizează prin: *Hiperpigmentație — Hipertrrofie papilară — Hiperkeratoză — Predispoziție localizatorică regională.*

În mod clasic se descriu 2 forme:

a) forma malignă (în legătură cu un cancer abdominal); și

b) forma benignă, juvenilă sau credem mai corect *esențială* (care apare la tineri în lipsa vreunei tumori maligne).

Pollitzer și Janowsky au publicat sub acest nume primele două cazuri în anul 1890. Darier este primul, care trei ani mai târziu (1893) stabilește legătura cu cancerul abdominal.

Sinonime. În multe tratate de dermatologie vom găsi această dematoză sub un alt nume: keratoză nigrăcantă (Kaposi), distrofie papilară și pigmentară (Darier) sau melanodermie papilară (Gaucher)

Clasificare. Darier clasează acantoză nigrăcantă în clasa dermatozelor proliferative. Gougerot o încadrează în marea clasă a atrofiilor și distrofiilor cutanate (împreună cu: keratoza simetrică palmo-plantară, kerodermiile congenitale, boala lui Meleda, keratoza esențială a adulților, akrokeratomele, boala lui Darier, porokeratoza lui Mibelli, porokeratoza palmo-plantară, atrofodermia vermiculată și amiloidoza cutanată primitivă). Oppenheim o clasează în grupa mare a hipertrrofiilor și atrofiilor și anume la hipertrrofiile epidermei, împreună cu ihtiozele boala lui Darier etc.

Etiologie. Cauza adevărată a acestor dermatoze ne este necunoscută. Avem de a face cu un sindrom. Boala este mai frecventă la femei. După Darier 80% din cazuri ar fi asociate unui cancer. După alți autori mai frecvente ar fi cazurile benigne. În cele mai multe cazuri observăm turburări endocrine primitive sau secundare, sub forma: dismenorei, amenorei, hipogonitalismului, a criptorhidiei, impotenței, persistenței timusului, obezității, diabetului, a vagotoniei ș. a.

Printre teoriile mai interesate, care au fost ridicate de diferiți autori în vederea stabilirii etiologiei

acantozelor nigrăcante, amintim: 1. teoria endocrin-simpatică; 2. teoria naevică a lui Kyrle; și 3. teoria anomaliei plasmelor germinative a lui Moncorps (genodermatoză). Alți autori au invocat sifilisul, tuberculoza, infecțiile cele mai variate și ereditatea canceroasă. În orice caz, în formele maligne avem la baza afecțiunii cutanate un cancer abdominal. Pigmentația ar fi produsă de metastazele din suprarenală sau de compresia produsă de cancer asupra acestora.

Anatomie-patologică. Leziunile histopatologice se rezumă la 4 și anume: hiperplazie papilară, acantoză, hiperpigmentație și hiperkeratoză.

Stratul bazal prezintă mai multe straturi de celule, corpul mucos este sediul unei acantozes pronunțate, stratul granulos nu prezintă modificări evidente, stratul lucid este redus, iar cel cornos hiperplaziat. Hiperplazia papilară este constantă. Bătătoare la ochi este bogăția dermului în cromatofore. Pigmentul se poate observa și extracelular. Reacțiunile inflamatorii sunt inconstante și necaracteristice. Conținutul în pigment variază după regiune. Descuamația nu se observă niciodată. Anatomopatologic putem face diagnosticul diferențial cu un naev.

Simptomatologia. Debutul este variabil cu simptome ca prurit, senzația de limbă uscată și transformarea treptată a pielii normale în cea caracteristică acestor dermatoze. În cazul nostru — și ceea ce se întâmplă foarte rar — pigmentația a precedat hipertrrofia papilară. În rest putem observa distrofiile ale părului sau unghiilor, care devin striate longitudinale și friabile. Secreția sudorală este variabilă (după Heuss ar exista o anhidroză, iar după Kaposi o hiperhidroză). În cazul nostru secreția sudorală era foarte puțin alterată în sensul unei discrete hiperhidroze.

Topografia leziunilor. Niciodată localizare nu este obligatorie. Leziunile se prezintă totuși simetrice și cu frecvență în următoarea ordine descrescândă: axile, ceafă și gât, regiunile genitale, fața internă a coapselor, jurul orificiilor dela nivelul feței, creasta poplitee, ombilic, anus, fese, dosul piciorului etc. Și mucoasele sunt interesate. Cel mai frecvent observăm o hipertrrofie a papilelor linguale, care pot ajunge până la mărimea de 4 mm, diametru (Gougerot-Carteaud). Culoarea pielii pigmentate variază între galben-verzui până la brun închis murdar. Hipertrrofia papilelor, care este înegală, face suprafața cutanată rugoasă. Pielea este uscată, dar nu descuamează. Mase cornoase nu întâlnim decât la nivelul palmelor și plantelor, care nu sunt niciodată pigmentate.

Perii devin cașanți uscați, ducând prin căderea lor la o alopecie generalizată. *Cazul nostru cu toate că boala nu era de prea lungă durată, prezenta un aspect manifest rarit al părului capului.*

Forme clinice. Aspectul este același, atât în forma malignă, cât și în cea benignă. Ceea ce variază este: evoluția, asociația cu cancerul și prognosticul.

În forma malignă boala începe după 30—40 ani, pentru a-și atinge maximum de frecvență în jurul vârstei de 50 ani. Mukai citează 14 cazuri, la o vârstă

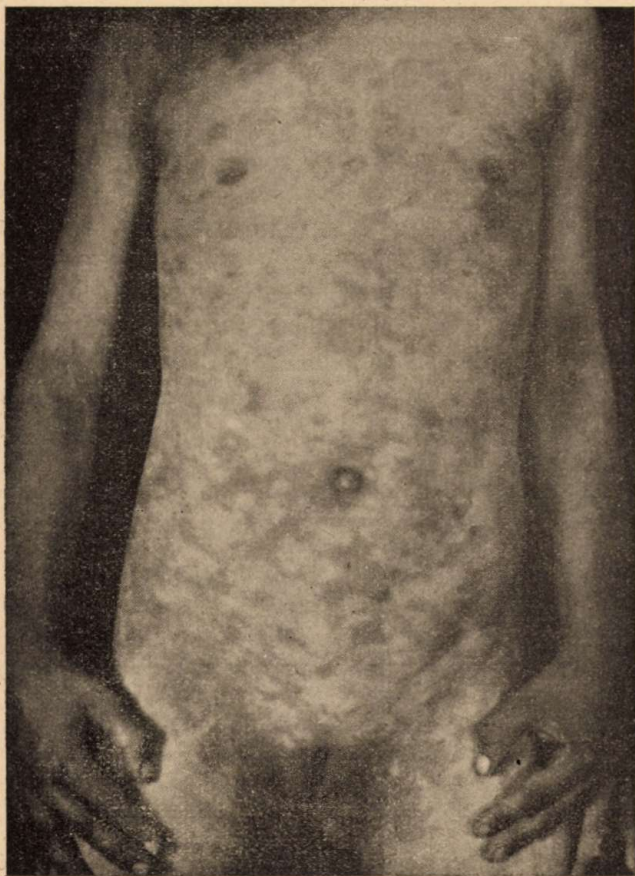
înaltă a acestor dermatoze. Pentru cel care a văzut un caz diagnosticul este și mai ușor.

Diagnosticul diferențial îl vom face, cu:

1. Boala lui Fox-Fordyce (caracterizată prin prezența unor papule situate în jurul glandelor apocrine — axile, regiunea pubiană și perineu).

2. Boala lui Darier (psorospermoza) în care leziunile sunt papulo-scuamoase și folliculare.

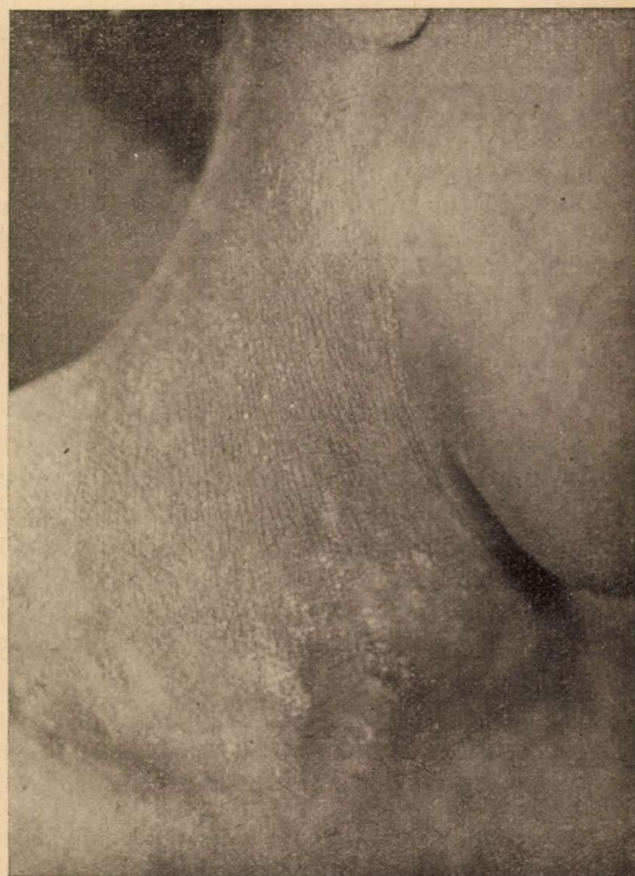
3. Papilomatozele (mai ales cu cea confluentă și reticulată, numită și boala lui Gougerot—Carteaud).



mai mică de 10 ani. Leziunile cutanate preced cu 5—6 ani simptomele tumorale. După un interval de timp care de obicei nu trece de 2—3 ani, bolnavul moare prin cașexie. La adult deci prognosticul este foarte grav. Mulți autori recomandă efectuarea unei laparotomii exploratoare în toate aceste cazuri.

Forma benignă apare între 12—20 ani în cazul nostru boala a debutat la vârsta de 9 ani. În aceste cazuri prognosticul, contrar formelor maligne, este cât se poate de favorabil. Totuși credem că și în aceste cazuri este bine să fim rezervați. Să ne amintim de cazul lui Freud, în care după 16 ani de la debutul leziunilor cutanate, apare tumora malignă. În orice caz cu cât boala apare la un individ mai tânăr, cu atât prognosticul va fi mai favorabil.

Diagnosticul. În cele mai multe cazuri diagnosticul este ușor, cu condiția să ne gândim la eventua-



4. Epidermodisplazia lui Lutz-Lewandowski (care apare la naștere și este diseminată pe toată suprafața cutanată).

5. Papilomele multiple (în care lipsește pigmentația).

6. Ictioza (debut în copilăria timpurie, altă localizare, lipsa hiperpigmentației și a hipertrofiei papilare).

7. Boala lui Addison (lipsa hipertrofiei papilare).

8. Melanoza arsenicală.

Acestea ar fi dermatozele și afecțiunile mai importante cu care vom face diagnosticul diferențial în cazul unei acantoze nigricante.

Tratamentul. „Incertitudinea etiologiei și patogeniei explică imperfecțiunea tratamentului” (Gougerot).

Trebuie să luăm în considerare din punct de vedere patogenetic:

a) frecvența turburărilor endocrine și simpatice. Houloussv Behdjet obține rezultate bune prin opoterapia ovariană, White cu cea tiroidiană. Moncorps recomandă rezecția unui ganglion simpatc cervical;

b) importanța iritațiilor cutanate locale.

Etiologie ne vom gândi la :

a) frecvența neoplazilor;

b) posibilitatea unui sifilis (Bonnet publică vindecarea prin tratament specific);

c) infecțiunile, intoxicațiunile și turburările viscerale variate.

Tratamentul local este simptomatic : caustice, racle, ablație, medicație antipigmentară etc. Jullusberg obține rezultate bune prin aplicare locală de apă oxigenată (H 202) în concentrație de 30%. Freud aplică radioterapia (care în cazul nostru nu a dat niciun rezultat). Se aplică 15 H., cu un filtru de 2 mm. aluminiu pentru o ședință. Tratamentul se face până la un total de 69 H.

Alte tratamente ar mai fi băile cu hipermanganat de potasiu, pansamente cu unguentum diachylon cu 3—5% acid salicilic.

Contraindicate sunt arsenicul, cuarțul și lumina soarelui. Vom recomanda pomezi fotoprotectoare, cum ar fi Antlux, Zeozon sau Ultrazeozon. De recomandat sunt băile cu săpunuri salicilate sau cu conținut de resorcină. În cazurile foarte avansate vom aplica cureta sau galvanocauterul.

După aceste date rezumative referitoare la dermatoza despre care vorbim, vom da curs descrierii cazului nostru.

Este vorba de o fetiță de 11 ani și jumătate, româncă, fără ocupație. Este primită în Spital în ziua de 31/VIII 1942, cu diagnosticul : *Acantoză nigricantă*.

Antecedentele heredo-colaterale și personale fără importanță.

Boala actuală datează de 2 ani și jumătate și a debutat cu o colorare a pielii care a devenit pe urmă din ce în ce mai „aspră și groasă”, această modificare începându-se la nivelul ambelor axile. Dela acest nivel leziunile sau extins pe alte regiuni ale corpului și pe față.

Ganglionii inguinali sunt mici, duri, mobili și indolori. Fenomene inflamatorii lipsesc. Restul ganglionilor nu se palpenază și nu sunt dureroși.

Organele genitale (mucoasa vaginală) nu prezintă niciun fel de modificare. Bolnava este virgo intactă.

Pielea. Ca prim aspect toată pielea se prezintă murdară, având o culoare galben-brună cu nuanțe verzui. La o examinare mai amănunțită însă putem ușor observa că nu toată suprafața cutanată este interesată de boală. Regiunile în care se prezintă leziunile ce urmează să descriem imediat, sunt : axilele, abdomenul (în special regiunea periombiliacă), regiunile inguinale (care

par a fi cel mai intens interesate), fețele interne ale coapselor, pielea genunchilor, fețele flexorice ale ambelor brațe și leziuni mai reduse ca suprafața în jurul gurei și nasului. Foarte mult interesată este de asemenea pielea gâtului și a cefei.

Pielea la nivelul acestor regiuni amintite este mult îngroșată, la palpare rugoasă și aspră, de culoare brună-verzuie murdară. Pielea este uscată, prezentând la suprafața ei niște leziuni papuloase (care seamănă foarte mult cu niște mici creste cornuase). Descuamația lipsește. Subiectiv bolnava nu acuză în momentul examinării niciun fel de simptom supărător. Afirmă că la începutul bolii ar fi prezentat un prurit foarte discret și mai ales nocturn.

Tratamentul pe care l-am aplicat în acest caz a fost cel pur simptomatic.

Bolnava a fost supusă la un regim alimentar bogat în vitamine. Radioterapia care s'a aplicat dela început nu a dat niciun rezultat. La 2/X 1942 bolnava este scoasă din Spital de părinți, fără a prezenta din punct de vedere clinic nicio ameliorare.

Am publicat acest caz, rar ca apariție clinică, pentru interesul său statistic și pentru unele fapte care se întâlnesc rar în evoluția acestor dermatoze și pe care le-am putut observa în cazul nostru : debut precoce (9 ani); căderea părului; hiperhidroză (moderată); respectare a organelor genitale; cointeresare a feței și cel mai interesant fapt, acela că hiperpigmentația a precedat hipertrofia papilară, ceea ce este foarte rar descris în literatură.

Bibliografie.

1. Arzt-Zieler : Die H. und Geschlechtsk. Vol. II. pag. 577—582; Vol. I. pag. 347.
2. Darier : Dystrophie papillaire pigmentaire. Annal. d. dermat. u. Syph. 1893.
3. Darier : Dermatologie, pag. 166.
4. Gougerot : La Dermatologie en clientele, pag. 14, 51, 59.
5. Gougerot-Carteaud : Papillomatose pigmentaire innominé. Soc. fr. dermat. 1928.
6. Gougerot -Carteaud : Papillomatose confluentes et réticulées. Teză, Paris 1929.
7. Keller : Die Behandlung der H. und Geschlechtsk., 1942, pag. 359.
8. Küttner : Akantosis nigricans und ihre Bedeutung für die Diagnose des Malignen Tumors. Mitt. Grenzgeb. Med. und Chir. 1926, vol. 39, pag. 276.
9. Kyrle : Histologie der Menschlichen Haut. Berlin-1925.
10. Miescher : Zwei Falle von kongenitaler Akantosis nigricans. Dermat. Zeit. 1921, vol. 32, pag. 276.
11. Moncorps : Handbuch der H. und G. vol. VIII, Nr. 2, pag. 372.
12. Mukai : Acta Dermat. 1929, Nr. 5.
13. Nouvelle pratique dermatologique. Vol. VI, pag. 416—428.
14. Riecke : Lehrbuch der H. und Geschlechtsk., pag. 528.
15. Pollitzer : Akantosis nigricans. Atlas seltener Hautkrankheiten, 1890, vol. 4.

BRONCHISAN

Asthma-Tabletten



Mijloc sigur pentru
tratamentul peroral
și prevenirea ac-
ceselor de asthm.

ATMOS-GESELLSCHAFT FRITZSCHING & CO., MANNHEIM-WALDHOF

Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu 6

B.A.D.S.



Calcifix

INTRAMUSCULAR · INTRAVENOS
 GLUCONAT DE CALCIU.... 5%
 LEVULINAT DE CALCIU.... 5%
 CLORHYDR. DE CHOLINĂ 0,50%
 FIOLE a 5 și 10 cc.
 Laboratoarele „GAMMA”

OVOCALCIUM

GYNOFOLIN + GLUCONAT DE CALCIU

Turburări de insuficiență ovariană, anovarii congenitale, sau câștigate, menopauză precoce sau fiziologică.

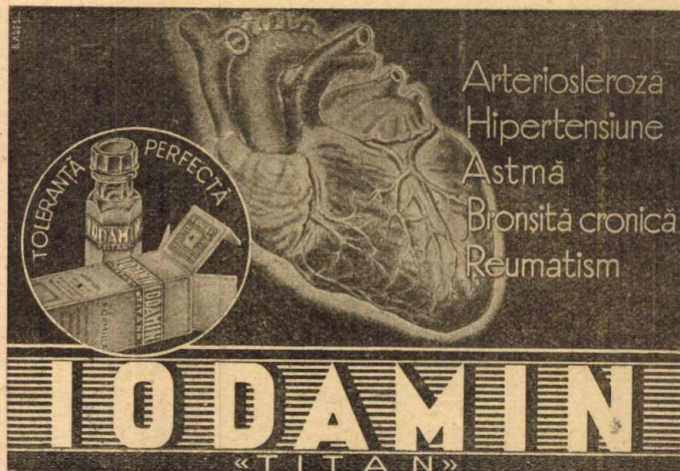
Cutii cu 6 fiole a 5 cmc. pentru inj. intramusculare. Una fiolă la 2 zile.
 Flacoane cu 35 comprimate a 0,35 gr. pentru uzul intern, 3—4 pe zi.



DISURIC
 DISOLVANT
 ȘI ELIMINATOR
 AL ACIDULUI URIC

Antiartritic

Antireumatic



Arterioscleroză
 Hipertensiune
 Astmă
 Bronșită cronică
 Reumatism

IODAMIN

«TITAN»

Fiole

Picături

Reprezentanța pentru România: „S. I. F.” s. a. r. București IV, Str. Avram Iancu 32

Considerațiuni asupra tumorilor fibromatoase ale ovarului

(În legătură cu un caz)

de

Dumitru Căprioară și Alex. Chejeanu

Ovarul, prin constituția lui anatomică, oferă rare ori, ocazia formării tumorilor de natură fibromatoasă. De acela, atunci, când ele sunt descoperite în timpul operațiilor, acompaniate, uneori, de ascită, întâlnite la femei mai în vârstă și având un aspect macroscopic susceptibil de tumoră malignă, chirurgical se găsește, de multe ori, în derută asupra identificării naturii lor.

Acest fapt nu este fără importanță, deoarece una este conduita operatorului în cazul unei tumori benigne și alta, dacă aceasta e de natură malignă.

Tumora fibromatoasă a ovarului are toate caracteristicile unei tumori solide de natură benignă, adică, este netedă la suprafață, este dură la consistență, uneori, însă, (la adenofibrom) această consistență alterează cu una mai moale datorită părții chistice, dar, s'au văzut multe tumori ovariene maligne care au avut suprafață netedă, n'a fost aderente de țesuturile din jur și prin urmare, confuzia este posibilă.

Numai secțiunea și examenul istopatologic al piesei poate identifica natura tumorii, fiindcă, după cum am menționat, macroscopic tumora fibromatoasă a ovarului are multe elemente care o confundă cu tumorile maligne ale acestuia.

Survine relativ rar, *P. Schrank*,¹⁾ (din clinica lui *Knaus*), publică trei cazuri de astfel de tumori, varlate ca formă și consistență și întâlnite la femei mai în vârstă.

Cazul nostru diferă puțin de acestea, dar are multe caractere comune cu unele din ele.

Obs. : D. A. secundipară în vârstă de 32 ani cu ciclul menstrual normal, menarcha la 14 ani. Simptomatologia clinică: dureri vagi în hipogastriu, datând de aproximativ 4 ani și mai pronunțate în fosa iliacă dreaptă; leucoree.

La examenul genital se constată: polip cervical de mărimea unei alune, cu uterul în retroversieflexie, la dreapta lui o tumoră (ovariană?) de mărimea unui cap de adult.

La laparotomia mediană subombilicală făcută în rachianestezie cu tropococaină 1% se constată din partea organelor genitale interne următoarele: uterul în retroversieflexie, deviat spre stânga, puțin mai mare și neregulat, la dreapta lui o tumoră de mărimea unui cap de adult, dură, ușor neregulată, care ține locul ovarului de această parte. Ovarul de partea opusă, ușor chistic degenerat.

Se execută din partea d-lui Prof. Dr. Cristea Grigoriu, ajutat de noi, o isterectomie subtotală clasică, cu peritonizarea bontului vaginal și închiderea cavității abdominale în trei straturi.

Mersul post operator: bun. Secțiunea tumorii arată, caracterele unei tumori solide fibroconjugtive.

Examenul histologic făcut în Institutul de Anatomie Patologică de sub direcția d-lui Prof. Dr. Titu Vasiliu, a dat următorul buletin:

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I” CLUJ-SIBIU
Institutul de Anatomie Patologică

Director: Prof. Dr. Titu Vasiliu.

Nr. 873-B.

Numele bolnavei: D. A. (Clinica Gynecologică cl. III) rezultatul cercetărilor:

Secțiunile făcute din tumoră arată structura unui fibrom. În secțiunile făcute la nivelul uterului și a corpului uterin arată, că este vorba de un polip decidual.

ss. Dr. Dachnovici

Redăm mai jos planșa, reprezentând secțiunea tumorii, mult mășorată în fotografie, din care se vede constituția compactă de țesut fibro-conjunctiv cu structură dură fibromatoasă, cu aspect lucios și culoare alb-gălbui.

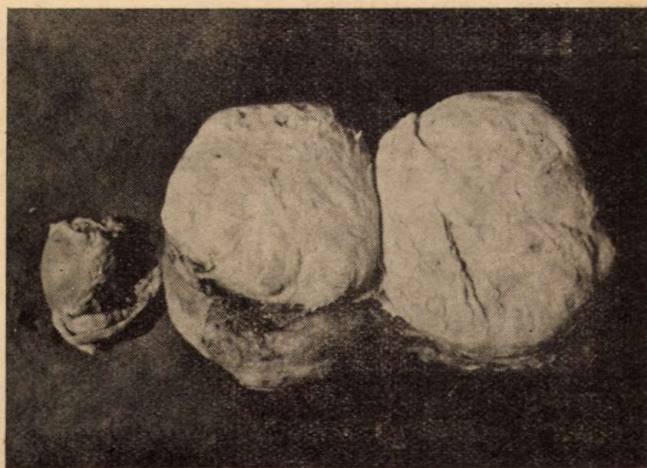


Fig. 1. — Secțiune mediană din tumoră. Se vede constituția compactă de țesut fibro-conjunctiv cu structură fibromatoasă, cu aspect lucios și culoare alb-gălbui.

Tumorile fibromatoase ale ovarului, sunt relativ rare, *Martin, Phannenstiel, Dartique*,¹⁾ le întâlnesc în proporție de 2—3% pe un total de 192 de chiste de ovar, survenite în decurs de 12 ani.

Sunt de regulă pediculate, având un pedicul mult mai lung și mai subțire decât chistele de ovar din care cauză și torsionarea lor este mult mai frecventă decât a acestora.

¹⁾ Zentr. f. Gyn. 67 Jahr. 6 Marz. 1943 Nr. 10.

¹⁾ E. Forgue et G. Massabuou: Gynecologie, pag. 827.

Pediculul este format din ligamentul utero-ovarian și ligamentul larg supraîntins, trompa rămânând liberă, spre deosebire de chistele de ovar unde ea devine solidară cu chistul (*Leopold*).²⁾

Includerea intraligamentară este excepțională.

Simptomatologia clinică: are un debut insidios și nu dă loc la fenomene prea alarmante.

Ușoare dureri în etajul inferior abdominal mai pronunțate în fossa iliacă corespunzătoare sediului tumorii, foarte rar tulburări în ciclul menstrual eventual coexistența cu alte formațiuni tumorale benigne, localizate varlat pe organele genitale interne.

Creșterea progresivă, dar lentă a abdomenului în concordanță cu mărirea tumorii.

Prezența ascitel, care este un simptom foarte frecvent (40%) și aproape totdeauna nelipsit la fibroamele voluminoase. Un fapt curios demn de remarcat este, că această ascită care însoțește de cele mai multe ori tumorile fibromatoase ale ovarului, fără ca ea să constituie un semn de malignitate, nu însoțește niciodată tumorile fibromatoase ale uterului, deși ambele tumori au aceeași constituție anatomică.

Starea generală a bolnavelor este relativ bună; când se întâlnește un grad de anemie sau de cașecse, aceasta nu se datorește unui caracter malign ci unei rezorbtii a produselor de dezagregare tumorală constituind un element toxic pentru organism.

Complicațiile pe care le dă tumorile fibromatoase ale ovarului sunt: 1. torsionarea pediculului, (cea mai frecventă după Guibé: din 47 tumori torsionate ale ovarului, 22 au fost de natură fibromatoasă); 2. supurația (consecutivă unei infecții); 3. Ocluzia intestinală mecanică.

Tratamentul este totdeauna operator, cu rezultate excelente fără recidive, chiar când există degenerescență sarcomatoasă.

Evoluția tumorilor fibromatoase ale ovarului se face spre transformare chistică sau spre degenerescență malignă (Sarcomatoasă, ca cea mai frecventă).

Macroscopic aceste tumori sunt regulate, netede, încapsulate, de dimensiuni, de regulă, mai mari, alternând între mărirea unui pumn și aceea a unui cap de adult.

Microscopic aspectul este al unei tumori benigne, fibromatoase, cu celule conjunctive mici rotunde, uniforme, înconjurate într-o rețea fibrilară fină. Celulele sunt transparente cu nucleul, de regulă, marginal, vasele sunt destul de abundente.

Faptul că, uneori, se poate întâlni formațiuni chistice, sau pseudo-chistice, în conținutul tumorii nu trebuie să ne inducă în eroare asupra naturii acestora.

Aceste formațiuni sunt produse, de edem, sau hemoragie, existând o limită precisă între partea compactă și cea edematiată sau chistică a tumorii.

Nu există nicio neregularitate celulară, nicio atipie, celulele având o dispoziție clară, regulată, cu limită netedă între celulele tumorale fuziforme și elementele vasculare, aceasta cu privire la partea compactă a tumorii.

Spațiile edematoase chistice, fie că sunt dispuse la marginea tumorii, fie la interiorul ei, sunt uneori, simple spații goale necăptușite de epitelu, sau dacă îl au, acesta este un epitelu simplu cubic cu nucleul alungit, care umple aproape întreaga celulă (*Schrank*).

În cazul unei tumori în întregime dură, compactă, identificarea ei anatomopatologică este, de o *tumără fibromatoasă difuză a ovarului* (ca în cazul nostru), dacă este numai o parte compactă, iar cealaltă este chistică, va fi un *adeno-fibrom al ovarului în parte chistic*.

Diagnosticul diferențial, tumoral, trebuie făcut cu tumorile maligne (carcinom, sarcom) ale ovarului.

Nu trebuie să ne inducă în eroare vârsta mai înaintată a bolnavelor, dacă aceasta există, fiindcă acest lucru nu este un indice pentru malignitatea tumorii, ea putând apărea la o vârstă mai tânără (cazul nostru).

La fel, nu trebuie să ne înșele dacă evoluția tumorii a fost mai rapidă.

Dacă starea bolnavelor este astenică sau cașectică nu trebuie să bănuim existența unei tumori maligne, deoarece s'a menționat că, 50% din tumorile fibromatoase ale ovarului prezintă această cașexie.

Originea acestor cașexii ar fi cea tumorală, deși se credea într'un timp că, ar avea legătură cu insuficiența ovariană când aceasta coexistă, totuși, dat fiind faptul că funcționarea ovarului este păstrată și manifestată prin regularitatea ciclului menstrual, pledează mai mult pentru originea tumorală.

Apariția și succesiunea ciclului menstrual, a fost în toate cazurile cunoscute de noi, în literatură și în cazul nostru, regulată; deci nu se poate face legătură între apariția tumorii și funcționarea endocrină a ovarelor.

Ascita ar fi produsă (*Phannenstiel*) de substanțele iritative produse în urma descompunerii fibromului, sau de iritația peritoneului, sau de staza în ligamentul larg (după alții).

S'a semnalat, în proporții de 25% coexistența sterilității la aceste femei.

În ceea ce privește punctul de plecare al tumorilor fibromatoase ale ovarului *Khermauer*, crede că, ar proveni din epitelul superficial al ovarului (în cazul adeno-fibromului).

Kremmer (citată după *Schrank*) și *Brothersch* fac legătura etiologică a acestor tumori cu hematoamele

²⁾ Op. citat.

din ovar, fapt ce pare puțin probabil, mai ales când e vorba de tumorile mari și difuze de consistență solidă.

Sterenbergh le încadrează în grupa hamartoamelor.

In concluzie, tumorile fibromatoase ale ovarului survin relativ rar.

Se descopere în timpul operației și se identifică prin secțiune și examenul istopatologic.

Se întâlnesc la femei în plină vîrstă sexuală, uneori, la sfîrșitul acestela.

Sunt de regulă însoțite de ascită, mai ales, când au un volum mai mare.

Simptomatologia clinică și evoluția, este aceea a tumorilor benigne.

Diagnosticul diferențial trebuie făcut cu tumorile maligne ale ovarului în special cu sarcomul și mai ales când se întâlnesc la femei în menopauză și sunt însoțite de ascită, sau au o evoluție mai rapidă.

Etiologia nu este încă elucidată. Complicațiile sunt date prin torsionarea, supurația și degenerescența chistică a lor.

Tratamentul este totdeauna operator și se obține totdeauna o vindecare totală chiar și în cazurile când există o degenerescență sarcomatoasă.

RESUMÉ

Considérations sur les tumeurs fibromateuses de l'ovaire

On décrit un cas de tumeur fibromateuse de l'ovaire chez une femme de 32 ans. En liaison avec ce cas on fait quelques considérations sur cette affection.

SUSAMMENFASSUNG

Betrachtungen über fibromatöse Tumoren des Eierstocks

Es wird ein Fall beschrieben von fibromatösen Tumoren des Eierstocks bei einer Frau von 32 Jahren; in Verbindung mit diesem Fall werden einige Betrachtungen über dieses Leiden gemacht.

Probleme therapeutice

Pilocarpina și pneumotoraxul terapeutic în tuberculoza pulmonară

de

Dr. C. Giuglea

Începînd cu școala hipocratică și până în zilele noastre, această maladie a fost obiectul celei mai vaste literaturi medicale. Clinica și laboratorul ne descopăr un număr cu adevărat impresionabil de bacilari. Condițiile de vîrstă din acest timp au făcut ca cifra celor cu tuberculoză pulmonară să fie și mai mare. Este deci explicabilă mulțimea experiențelor terapeutice ce s'au făcut dela Hipocrat și până în zilele noastre.

De acțiunea colapso-terapiei nu se mai îndoește astăzi nimeni în această boală. Repausul este o regulă în tuberculoză și pneumotoraxul intrapleural al lui Forlanini este folosit în acest scop în tuberculoza pulmonară (frenectomia, toracoplastia, pneumotoraxul extrapleural etc. folosite numai în cazurile de contraindicație a celui dintîi).

Efectele PILOCARPINEI asupra leziunilor tuberculoase pulmonare, asupra imaginii radiologice și asupra organismului bacilarilor, efecte obținute prin experiențele Prof. V. Papilian și colaboratorii săi (Pilocarpina în tratamentul tuberculozelor pulmonare de Prof. Dr. V. Papilian, Dr. C. V. Antonescu și Dr. Fl. Mazilu-Anto-

nescu, publicată în Mișcarea Medicală Română Nr 7—8 Iulie—August 1942) m'au determinat să întrebunțez acest medicament în 50 cazuri cu diverse forme anatomo-clinice.

Asocierea pilocarpinei la pneumotoraxul terapeutic a dat rezultate mult mai eficace.

Cazurile clinice unde am experimentat pilocarpina au fost recrutate în special la Dispensarul T. B. C. din Galați al Asigurărilor Sociale, Spitalul Militar din Galați și Spitalul Consiliului de Patronaj Z. O. Nr. 622.

Am avut posibilitatea să experimentez la o mulțime de forme anatomo-clinice, pentru care motiv voi arăta rezultatele obținute în diversele forme, adoptînd clasificarea Tuberculozelor Pulmonare a lui Léon Bernard și considerînd infecția bacilară ca aceea analoagă cu Sifilisul.

Cinci cazuri de primoinfecție (Léon Bernard) manifestate clinic prin: febră inexplicată, slăbire, astenie, amețeli; radioscopic în trei cazuri adenopatie tracheo-bronhică; cuti-reacția la tuberculină intens pozitivă în toate cazurile.

Obs. 1. Copilul I. G. de 8 ani, este adus cu febră 39°, greutatea 28 kgr. foarte astenic. La examenul clinic pulmonar nimic deosebit. Cuti-reacția intens pozitivă. I se făcuse cercetarea hematozaroarului în sânge, rezultatul ieșind negativ. Din prima zi i se administrează 1/2 cmc. Pilocarpină în soluție 1% subcutanat. Apare imediat hipersalivație și transpirație abundentă, care după 45 minute au cedat. În dimineața zilei următoare bolnavul a prezentat 37,5°, o stare generală mult mai bună și poftă de mâncare. I s'au administrat zilnic câte 1/2 cmc. de Pilocarpină în aceeași concentrație; după 5 zile febra a revenit la normal, transpirațiile nocturne pe care le avea înainte de începerea tratamentului au dispărut, iar curba greutății marchează creștere. Totalul injecțiilor administrate au fost de 12, după care s'a făcut o pauză de două săptămâni, reîncepând o nouă serie cu aceeași cantitate și concentrație de alte 12 injecții. În intervalul de două luni, copilul a câștigat în greutate 8 kgr. și nici unul din fenomenele cu care venise la consultație nu au mai apărut.

În celelate patru cazuri, rezultatele terapeutice au fost asemănătoare.

În perioada secundară a lui Ranke, caracterizată în a doua copilărie prin migrarea bacililor la nivelul diverselor organe, Pilocarpina a fost întrebuințată în trei cazuri.

Un caz de artrită bacilară a genunchiului, manifestată clinic prin febră, dureri vii la nivelul articulației genunchiului drept, cu impotența funcțională a membrului respectiv, transpirații, inapetență, etc., iar radiologic leziuni incipiente bacilare la nivelul articulației respective. S'au administrat zilnic injecții de Pilocarpină, câte 1 cmc. timp de 10 zile. Fenomenele generale s'au ameliorat, însă leziunile bacilare articulare s'au menținut, fapt ce m'a determinat să-i recomand internarea în Spitalul de Copii din București.

Alte două cazuri cu manifestare pulmonară traduse radiologic prin reacțiune perihilară, iar clinic prin aceleași simptome generale (febră 38°—39°, slăbire, inapetență, transpirație), au fost vindecate complet (fiziologic) după o singură serie de injecții cu Pilocarpină. Febra a scăzut, iar greutatea s'a mărit după primele șase injecții.

Celelate cazuri clinice au prezentat fenomenele tuberculozel pulmonare din perioada terțiară, adică aceea perioadă a unei tuberculoze pulmonare cronice obișnuite așa cum se obișnuiește la adulți.

În forma de tuberculoză ulcero-cazeoasă extensivă, administrarea Pilocarpinel s'a făcut în nouă cazuri: trei cazuri la Dispenserul T. B. C. din Galați, iar șase cazuri la Spitalul Z. O. Nr. 622. Vom da pe scurt câteva observații clinice.

Obs. 9. Muncitorul D. N. de 35 ani, se găsea în tratamentul Dispensarului din 9. VI. 1942 cu stări subfebrile intermitente, scăderea greutății foarte marcată, transpirații nocturne foarte intense, amețeli. Revine la Serviciul de consultații al Dispensarului în 2. XI. 1942 pentru febră (37,8°), tuse cu expectorație, greutate 67 kgr., Koch pozitiv în spută. Radioscopic: aspect neomogen la vârful stâng. Se începe tratamentul cu Pilocarpină ambulatoriu, cu 1 cmc. zilnic, asociat cu calciu-terapie. După două zile dela instituirea tratamentului temperatura revine la normal, iar după 20 injecțiuni greutatea se ridică la 68 kgr.; se face un control clinic și radiografic la sfârșitul seriei de 20 injecții: starea generală bună, afebril, dispariția fenomenelor dureroase,

diminuarea expectorației; radiografic: proces fibros apical și subclavicular stâng cu condensări hilare respective.

Bolnavul nu mai poate fi urmărit decât în 8. I. 1943: greutatea se ridicase la 70 kgr., Koch negativ în repetate rânduri, radioscopic proces fibros apical. Bolnavul a putut reîntra în câmpul muncii.

Obs. 10. Muncitorul U. N. de 20 ani vine cu temperatură 37,5° tuse chinuitoare, dureri surde toracice, inapetență, etc. Obiectiv: matitate în fosa suprascapuloasă dreaptă cu exagerarea vibrațiilor vocale. Ascultator: cracmente la același nivel. În restul câmpului pulmonar raluri bronchice diseminate. Bacilul Koch în spută pozitiv. Radiografic: marmorări neomogene sub lobul superior drept, cu geodă în formație sub claviculă. I se face tratamentul cu Pilocarpină 1 cmc. zilnic timp de 21 zile. Evoluție: scăderea temperaturii, crește în greutate cu 2 kgr. la sfârșitul seriei, bacilul Koch rămâne însă pozitiv în spută. După câteva zile de repaus bolnavul revine la Dispensar cu fenomene generale grave. Este trimis la sanatoriu.

Celelate șapte cazuri cu forma ulcero-cazeoasă extensivă au prezentat și spute hemoptice care au cedat după primele cinci-șapte injecții. În toate aceste cazuri fenomenele clinice și radiologice s'au ameliorat, unele dintre ele dispărând complet, după o serie de injecții cu Pilocarpină. Pe lângă Pilocarpină s'a administrat în toate aceste cazuri în perioada febrilă tonice și analeptice cardiace continuându-se cu calciu. La două din aceste cazuri, s'a instituit la sfârșitul seriei pneumotorax cu rezultate mult mai bune.

Forma de tuberculoză pulmonară ulcero-cazeoasă localizată, tradusă clinic și radiologic printr-o cavernă, a fost tratată cu pneumotorax la care s'a adăugat Pilocarpina. Cele șase cazuri cu această formă de tuberculoză pulmonară tratate prin pneumotorax și Pilocarpină au putut fi urmărite zi de zi timp de trei luni, permițându-ne astfel să spunem că au fost aproape complet vindecate funcțional.

Vom arăta trei cazuri mai deosebite.

Obs. 18. Soldatul D. G. de 27 ani este trimis în spitalul Z. O. 622 pentru febră, slăbire accentuată, transpirații nocturne, tuse rebelă, spute hemoptice. Examenul sputei: Koch pozitiv. Examen radiologic: Imagine cavitară ovalară cu o zonă flou pericavitară și bronchie de drenaj. Se institue imediat tratamentul cu Pilocarpină sol. 1% câte un cmc. zilnic în injecții subcutanate. Fenomene abundente de hiper-salivație și transpirații care au cedat în ziua 6-a. Febra a dispărut după patru injecții, iar sputele hemoptice după șase injecții.

Se începe, în plină perioadă afebrilă cu stare generală bună a bolnavului și cu dispariția zonei congestive pericavitare, pneumotoraxul. Bolnavul începe să crească în greutate ajungând după o lună de zile să obțină 3 kgr. în plus, sputa a devenit negativă, iar imaginea cavitară înlocuită la interval de șase săptămâni cu o umbră nodulară.

Obs. 19. Lt. C. I. este internat în spitalul Z. O. 622 cu diagnosticul Broncho-pneumonie. La examenul clinic și de laborator s'a constatat că era vorba de o formă de tuberculoză ulcero-cazeoasă, localizată la vârful stg. și de infiltrație bacilară a vârfului drept. Stare generală gravă, mai ales că bolnavul prezenta și simptomele unui basedowism. Examenul sputei arăta prezența bacilului Koch: Febra tip hectic și spute abundent sanguinolente. I se făcuse tratamentul clasic pentru oprirea hemoptiziilor (Maretol, Clauden, Calciu) fără ca acestea să poată fi oprite. S'a instituit în urmă tratamentul cu Pilocarpină la 2 zile 1 cmc. din



ANTISCORBIN

(Vitamina „C“)

Injectii — Tablete

MEDICAȚIA VITAMINEI „C“

A R S O T A L

Dragée

ANEMIE ȘI DEBILITATE
GENERALĂ

CALCIUM HYGEA

(Calcium gluconat 10%)

Injectii 5 cmc. — 10 cmc.

MEDICAȚIE CALCICĂ
(Decalcifieri— Hemoragii— Pneumonie
Tbc)

PULMOROBIN

Sirop

BOLI PULMONARE
(Tuberculoză— Bronșite— Cathar)

S U L F A Z O L

Tablete

Chlorhydrat de sulfamido
chrisoidină și p-aminobenzen-
sulfamidă (2 : 1)

SEPTICEMII
(Preventiv în infecțiunile puerperale,
boli infecțioase)

TONICUM HYGEA

Sirop

MEDICAȚIUNE
RECONSTITUANTĂ
(Anemie— Astenie— Reconvalescență
—Fortifiant celular)

FABRICA HYGEA-CLUJ S. A. R. BUCUREȘTI
SPLAIUL URIRII 127 **TELEFON 4-22-44**

Produse „Ufarom“ fost Egger Cluj-București

**Noua terapie specifică a tuturor
infecțiunilor strepto-stafilococice cu**

Septamid Sulfamidă albă.

tabl. în tub de 10 à 0.30
" " " " 20 à 0.30
" " borcane " 100 à 0.30

Medicațiune chimico-terapică din grupul P. Aminophenylsulfonamid lipsit total de fenomene toxice, chiar după administrare mai îndelungată.

Beneurin, vitamina B₁

mitte injecții 3 fiole de 1 cc à 5 mgr
forte " 3 " " 1 cc à 25 mgr

cristalizată, chimic pură. $C_{12}H_{17}OSCIHCl$.
Preparat conținând vitamina B₁, **vitamina antinevritică.**

INDICAȚIUNI: Vitamina B₁, fiind neurotropă are indicațiuni foarte variate în nevrite de orice origine și localizare, și polynevrite cu turburări spastice și paralitice etc.

C e v a l Vitamina C.

injecții 10/1 ccm 0.05
" 5/2 ccm 0.10
" 3/5 ccm 0.50

Este un preparat de acid ascorbic chimic pur.
INDICAT: În toate cazurile unde se constată o insuficiență a vitaminei C.

Hepacit Extract de ficat și mucoasă stomacală.

injecții de 2 cmc

Extrem de activ și perfectă tolerabilitate. Ameliorează rapid starea generală, iar numărul globulelor roșii și indicele hemoglobinic crește chiar dela începutul tratamentului.

INDICAT: în anemii secundare provocate de hemoragii, anemie pernicioasă, anemii consecutive maladiilor infecțioase. Protejează celulele hepatice, evită șocul operator etc., etc. Se administrează în injecții intramusculare.

Eșantioane medicale și literatură:

Laboratorul Farm. V. G. CIOCOIU
București, str. Matei Voevod Nr. 35 - Telefon 3.88-97

aceeași soluție. La un interval de șapte zile, febra începe să scadă, iar sputele devin mai puțin sanguinolente, ca să dispară complet după a 7-a injecție. S'au făcut 15 injecții în urma cărora fenomenele generale s'au modificat în sensul următor: dispariția completă a febrei, dispneei, asteniei; creșterea în schimb a greutatei și a apetitului. Radiologic: diminuarea remarcată a imaginii cavitare și transformarea aspectului neomogen dela vârful drept în aspect omogen cu tendința spre clarifiere. După 30 zile dela începutul tratamentului cu Pilocarpină, bolnavul a crescut în greutate cu 4 kgr. Fenomenele basedowiene (exoftalmie, fine tremurături ale degetelor și tachicardia) nu s'au modificat. Bolnavul este în curs de tratament și i se va face pneumotorax.

Obs. 20. Soldatul V. P. de 29 ani este trimis cu junghi în hemitoracele drept, dispnee, febră, slăbire accentuată, transpirații nocturne, inapetență. La examenul clinic și radiologic se constată că este vorba de tuberculoză pulmonară ulcero-cazeoasă localizată la vârful plămânului stâng cu exudat pleural de aceeași parte. Puncția exploratrice arată prezența unui lichid sero-hemoragic. Examenul sputei: Koch pozitiv. I se administrează tonice cardiace, medicamente coagulante, în plus se institue tratamentul cu Pilocarpină, zilnic câte 1 cmc. La sfârșitul seriei de 20 injecțiuni rezultatul obținut a fost următorul: bolnav apiretic, de 4 zile fără dispnee, cu diminuarea junghiului și a transpirațiilor, dispariția zonei congestive pericavitare, diminuarea lichidului și creșterea în greutate cu 1 kgr. Bolnavul se găsește încă în tratament.

Celelalte trei cazuri au prezentat câte o mică imagine cavitată localizată perihilar sau la vârfurile pulmonilor. Au fost afebrili, iar doi dintre ei au prezentat spute hemoptice în mică cantitate. La toți trei s'a făcut pneumotorax după ce în prealabil se instituiseră tratamentul cu Pilocarpină. La trei luni dela începerea tratamentului s'a obținut negativarea bacilului Koch în spută, creșterea în greutate și modificarea imaginii cavitare în sensul unei micșorări remarcabile. Se continuă pneumotoraxul.

Tuberculoza pulmonară fibroasă localizată, găsită la restul bolnavilor în număr de 27 unde s'a instituit tratament cu Pilocarpină a oferit cel mai mare procentaj de ameliorări. Bolnavii cu această formă au fost fie asigurați, fie militari. În antecedentele lor personale se găseau stări gripale repetate, pleurite, pleurezii, adenopatii, etc. Veneau la Dispensar sau erau internați în spital pentru tuse, expectorație abundentă, slăbire, uneori spute hemoptice repetate. În urma injecțiilor cu Pilocarpină după o serie numai de injecții, fenomenele generale pentru care veneau la Dispensar sau la spital, erau complet dispărute. Este de remarcat că în special febra și hemoptiziile mici au fost cel mai mult influențate.

În două cazuri de formă bacilară pulmonară acută, pneumonie cazeoasă, rezultatele cu Pilocarpină au fost negative.

Concluzii: Pilocarpina dă rezultate excelente în cazurile de primo-infecție manifestate clinic prin febră

și reacțiune intensă la tuberculină. Pneumotoraxul terapeutic și Pilocarpina în formele fibro-cavitare cu pu-seuri congestive au dus la vindecare completă. Pilocarpina a fost administrată sub formă de injecții în mai multe serii înainte de pneumotoraxul, în timpul său și după el. Numărul sedintelor de pneumotorax s'a redus la jumătate. Pilocarpina oprește micile hemoptizii din formele fibro-congestive. Pilocarpina scade febra bacilarilor din toate formele anatomo-clinice. Cu ajutorul Pilocarplinei s'au obținut modificări în starea generală a bolnavilor.

RESUMÉ

La Pilocarpino-thérapie associée au Pneumothorax dans le traitement de la Tuberculose pulmonaire

La Pilocarpine donne d'excellents résultats dans les cas d'infection première, manifestés cliniquement par la fièvre et la forte réaction à la tuberculine.

Dans les formes fibro-cavitaires avec poussées congestives, la Pilocarpine et le pneumothorax thérapeutique ont mené à la guérison complète. La Pilocarpine fut administrée sous forme d'injections en plusieurs séries avant, pendant et après le pneumothorax. Le nombre de pneumothorax fut réduit de moitié.

La Pilocarpine arrête les petites hémoptyses des formes fibro-congestives. Elle diminue la fièvre des malades dans toutes les formes anatomo-cliniques. A l'aide de la Pilocarpine on a pu obtenir des améliorations dans l'état général des malades.

SUSAMMENFASSUNG

Die Pilocarpin und der Pneumotorax in der Therapie der Lungentuberkulose

Das Pilocarpin gibt ausgezeichnete Resultate in Fällen von Erstinfektionen die sich klinisch durch Fieber und durch eine starke Reaktion auf Tuberkulin äussern.

Der therapeutische Pneumothorax und das Pilocarpin geben vollkommene Heilung in den fibrocavitären Formen mit hyperämischen Anfällen. Das Pilocarpin wurde vor — während und nach dem Pneumotorax, in Form von Injektionen in mehreren Serien verabreicht. Die Zahl der angewendeten Pneumotoraxe wurde auf die Hälfte herabgesetzt.

Das Pilocarpin stellt die kleinen Hemoptisten in den fibrohyperämischen Formen ein. Das Pilocarpin setzt das Fieber der Kranken in allen anatomo-klinischen Formen herab.

Mit der Hilfe des Pilocarpin erhält man Änderungen des allgemeinen Zustandes der Kranken.

Tratamentul tumorilor albe ale genunchiului la copii, complicate cu poziții vicioase complexe

Conf. Dr. Zeno St. Borza

de

și

Dr. Victor Gavrila

Tuberculoza articulației genunchiului la copii beneficiază de sigur în cea mai largă măsură de metodele terapeutice constând din imobilizare prelungită precum și de tratamentul general, utilizând elementele sale de ordin diferit.

În această afecțiune intervențiile chirurgicale de oarecare amploare sunt cu totul excepționale, datorită prezenței cartilajelor fertile ale femurului și a tibiei, a căror lezare compromite grav dezvoltarea ulterioară a membrului, făcându-l cu totul inapt din punct de vedere funcțional.

Totuși în cazuri rare, datorite unui tratament greșit, sau lipsei oricărui tratament regulat dela început, unde survin complicații ca de ex. anchiloză incompletă în poziții vicioase complexe, în mod excepțional se poate face apel la intervenții chirurgicale, având un rol atât terapeutic, cât și ortopedic.

Următorul nostru caz clinic demonstrează până la evidență utilitatea unor astfel de intervenții în asemenea cazuri:

T. M. În vârstă de 16 ani. Domiciliat în Sâmpetru Mare, jud. Timiș. De religie rom. cat. Origine etnică germană.

Antec. heredo-colat. Tatăl a murit în urma unei hernii strangulate. Nimeni din familie n'a suferit de tuberculoză.

Antec. pers. La vârsta de 2 ani a suferit de osteomielita tbc. a coastei a IX-a stângi.

Boala actuală. Datează dela vârsta de 3 ani și a deputat insidios cu o ușoară tumefiere a artic. genunchiului stâng. Părinții observă că mersul copilului devine din ce în ce mai dificil, în același timp slăbește și nu mai are apetit.

După un an articulația genunchiului devine globuloasă, lucioasă și este extrem de dureroasă, astfel încât copilul nu mai poate executa mișcări la acest nivel.

Aceste fenomene au fost întovărite de ascensiuni mari de temperatură care n'au scăzut decât odată cu aparițiunea unor mici fistule la partea anterioară și posterioară a articulației. Prin aceste fistule se evacua un puroi seros-grunzos, de culoare galbenă-verzuie.

Bolnavul este transportat într'un spital din Timișoara unde i se face o intervenție chirurgicală după care starea sa s'a ameliorat simțitor.

Această ameliorare se menține până la vârsta de 9 ani, în care interval a putut să umble și să execute chiar oarecari mișcări în articulația genunchiului. La vârsta de 9 ani a început să aibă din nou dureri în genunchi, dureri ce se accentuau în deosebi după mers. La scurt timp articulația se tumefiază din nou și bolnavul este nevoit să stea la pat.

Durerile aveau un caracter permanent și ele erau ușor calmate prin menținerea gambei într'o atitudine de semi-flexiune pe coapsă.

După un anumit timp această atitudine a devenit permanentă. Fistulele vechi s'a redeschis și atitudinea vicioasă a gambei s'a pronunțat din ce în ce mai mult.

Părinții consultă de data aceasta mai mulți medici, care l-au tratat în mod diferit fără vreun rezultat apreciabil.

În toamna anului 1942 este transportat la clinica noastră.

La examinare se constată: Temp. Prezintă ascensiuni termice vespérale până la 38,5°. Puls 120—30 pe minut.

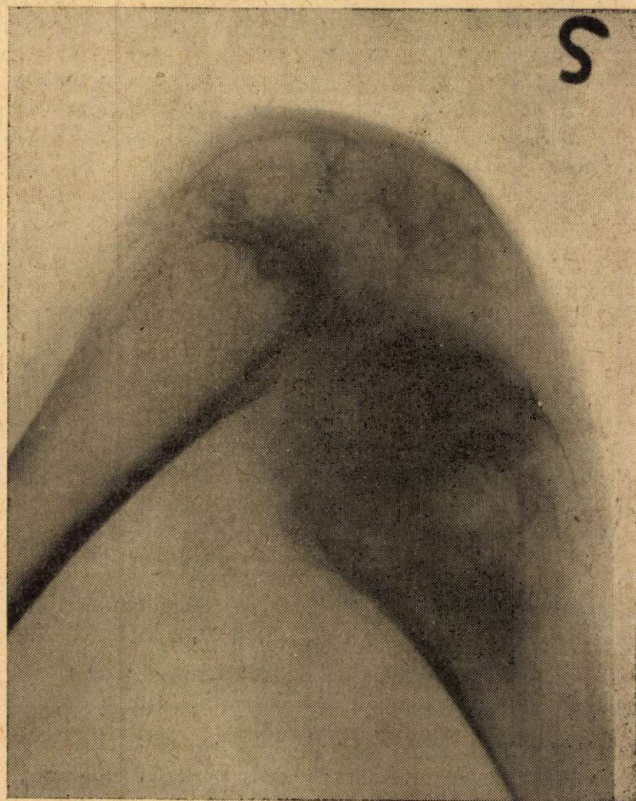


FIG Nr. 1

Mucoasele, tegumentele sunt palide. La nivelul peretelui toracic în dreptul coastei a IX-a stîgi pe linia axilară posterioară se constată prezența unei cicatrice retractilă, aderentă de coastă.

Ganglionii inghinali stîngi măriți de volum.

Examen local: La inspecție se constată flexiunea gambei stîngi pe coapsă cu rotația externă a piciorului. Această atitudine de flexiune este complicată cu o luxație posterioară, fiind fixată printr'o anchiloză incompletă. Unghiul de flexiune între gambă și coapsă este de aprox. 80°.

Articulația genunchiului are un aspect globulos, suprafețele condililor fac relief sub tegumente, iar rotula este mult deplasată în jos.

Coapsa și gamba sunt reduse aproape la scheletul osos din cauza atrofiei musculare pronunțate.

Pe fața anterioară a genunchiului se evidențiază prezența a două fistule, iar în dreptul regiunii poplitee, inapoi tendo-nului bicepsului — care face relief sub tegumente fiind retractat — se constată prezența a altor două fistule deschise.

Examenul urinii. În urină nu se găsesc elemente anormale.

Examenul radiografic. În radiografia de profil (vezi fig. Nr. 1) se constată că oasele gambei sunt luxate inapoi extremității in-

ferioare a femurului, fiind în același timp într-o poziție de flexiune de aprox. 80° în raport cu axa femurului. Rotula este atrasă înspre suprafețele inferioare ale condililor femurali. Umbra rotulei se distinge dificil la partea ei posterioară și fuzionează la acest nivel cu cea a condililor.

Extremitățile articulare sunt foarte decalcificate. La acest nivel se pot distinge zone de destrucție osoasă, zone ce sunt localizate atât în metafiza tibială, cât și în epifiza acesteia.

Între suprafețele noi de contact, ce rezultă în urma luxației, se remarcă semne de anchiloză incompletă.

Față de această stare a bolnavului se decide aplicarea unei extensii continue cu scop de-a provoca o redresare lentă.

În această intențiune în ziua de 26 Nov. 1942 se aplică o extensie continuă trans-calcaneană cu o agrafă Schmerz. Tracțiunea se face la început cu $\frac{1}{2}$ kg. Contraextensia se realizează prin înclinarea patului bolnavului.

Extensia fiind bine suportată, mărim greutatea de tracțiune din 7 în 7 zile, ajungând după 30 zile la o tracțiune cu $3\frac{1}{2}$ kg.

În urma acestui tratament deformațiunea s'a corectat parțial, ajungând ca unghiul dintre cele două axe femuro-tibial să se mărească la $105-110^\circ$.

Starea generală a bolnavului se ameliorează în acest timp în mod evident și după 7 săptăm. dela aplicarea extensiei continue, fistulele se închid complet. Articulațiunea genunchiului devine rece și ganglionii inghinali se retrag.

Bolnavul continuă să fie remontat prin alimentație substanțială și medicațiune cu calciu.

În ziua de 12/II 1943, decidem intervenția chirurgicală. Se operează în anestezie generală cu eter, făcându-se o incizie sub formă de potcoavă pe fața ant. a artic. genunchiului, având convexitatea în jos sub nivelul rotulei și care se întinde lateral până deasupra reliefului condililor.

Se secționează apoi aripioarele rotulei de o parte și de alta acesteia; prelungim secțiunea aponevrozei și asupra tendonului rotulian și asupra tend. quadricepsului, pe care-i secționăm imediat în dreptul inserțiunii lor rotuliene.

Rotula se extirpă în întregime, ridicând-o de pe suprafețele condililor, de care este foarte aderentă.

Extirpăm apoi fundul de sac sub-quadricepital, după care deschidem capsula articulară pe partea laterală externă. Prin exagerarea flexiunii și o înclinare laterală internă a gambei, reușim să secționăm și resturile ligamentelor încrucișate, să dezinserăm cu răzușă capsula posterioară, mult retractată, pe care o extirpăm complet.

Încercând să facem acum redresarea, nu reușim decât parțial, din cauza ischio-gambierilor retractați.

Din acest motiv rezecăm parțial suprafețele articulare. Această rezecție este executată cu multă prudență pentru a nu atinge cartilajele de conjugare.

Se rezecă astfel perpendicular pe axa tibiei o fină lamă osoasă din platoul tibial și o lamă ceva mai groasă din fețele inferioare ale condililor femurali. Redresarea reușește acum cu cea mai mare ușurință.

Se suturează planul capsular și extremitățile tendoanelor și apoi se suturează tegumentele în două planuri, lăsând două tuburi mici de dren pe părțile laterale. Membrul inferior este imobilizat în poziția de extensie a gambei pe coapsă într'un unghi de 175° .

Evoluția post-operatorie. Bolnavul prezintă dureri mari la nivelul plăgii operatorii și ascensiuni de temp. până la 39° în primele 4 zile după intervenție.

În ziua 5-a se scot tuburile de dren, iar a 12-a zi se scot firele. La nivelul colțului extern de drenaj se menține încă o secreție sero-sanghinolentă și apoi purulentă timp de 4 săptăm. după

care dată plaga este definitiv vindecată. Starea generală a bolnavului este foarte bună. El câștigă 4 kg în greutate. Durerile dispar complet.

La controlul radiografic făcut după două luni se constată o anchiloză osoasă între extremitățile articulare ale tibiei și a femurului (vezi fig. Nr. 2). Cartilajele epifizare sunt conservate integral.

La reexaminarea clinică se constată de asemenea o anchiloză solidă a genunchiului în rectitudine. Bolnavul se poate sprijini în bune condițiuni pe membrul inf. stg.

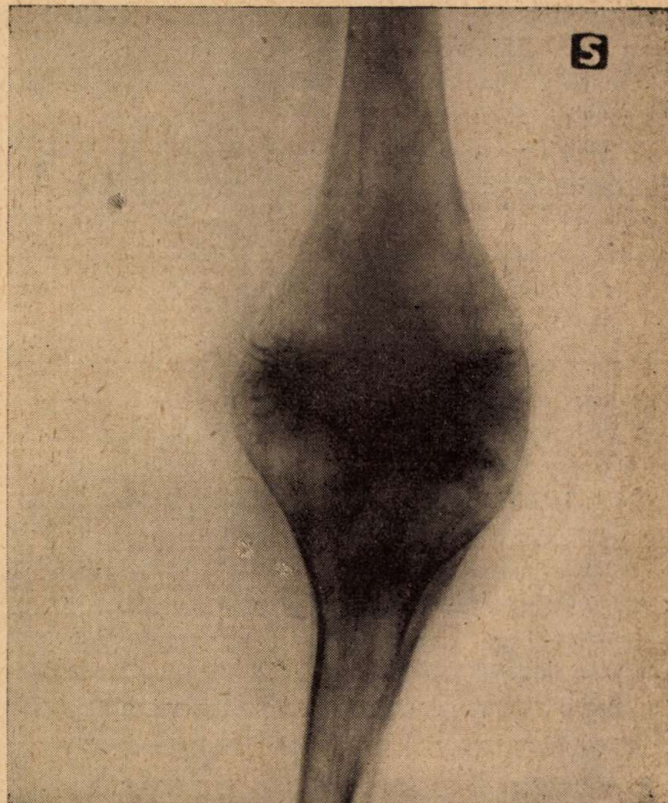


FIG. Nr. 2

Tratamentul deformațiunilor articulare de natură bacilară la copii, constituie o problemă foarte dificilă, în deosebi dacă aceste deformațiuni sunt pronunțate.

Intradevăr, dacă deviațiunile de grad mai mic pot fi corectate prin osteotomii executate la distanță, deformațiunile grave, în deosebi când ele sunt constatate la o vârstă îndepărtată de cea adultă, au fost considerate ca fiind susceptibile numai de un tratament general în așteptarea vârstei adulte, când apoi printr-o rezecție ortopedică pot fi corectate definitiv.

În această perioadă de așteptare se pot produce însă complicațiuni atât de grave, încât uneori chiar și amputațiunea poate deveni necesară.

Un alt inconvenient al temporizării intervenției este și faptul că în deformațiunile unghulare complexe se produce retractorul vaselor poplitee și a nervului sciatic. Încercând a face redresarea deformațiunii la vârsta adultă aceste elemente anatomice se pot alungi sau se pot chiar rupe. Pentru a preveni acest accident rezecțiunea articulară trebuie să fie foarte largă, ceea

ce provoacă o scurtare considerabilă a membrului inferior, cu tulburări funcționale serioase.

Dat fiind aceste dificultăți de ordin terapeutic A. Delahaye la sugestia profesorului Sorel și inspirat de o comunicare a lui A. Richard făcută la Soc. Naț. franceză de chirurgie din 7/VI 1933, comunică în anul următor la aceeași societate o metodă terapeutică nouă.

Autorul pretinde că prin această metodă a obținut rezultate mai bune decât prin rezecția intraepifizară preconizată de Ménard, sau prin capsulotomia asociată de tenotomia și uneori avivarea suprafețelor articulare, preconizată de Richard.

A. Delahaye concepe tratamentul artritelor bacilare cu deformațiuni complexe, urmând 2 directive principale:

I. Redresarea fără rezecție.

II. Menținerea corecțiunii obținute printr-o artrodeză cu grefon osos.

După examenul mai multor plese anatomice autorul ajunge la concluzia că obstacolul principal al redresării este provocat de retracțiunea porțiunii posterioare a capsulei articulare.

Celelalte obstacole, chiar dacă există, sunt numai accesoriile.

Dintre aceste cauze accesoriile cele mai frecvente sunt: retracțiunea ischio-gamblierilor și a mușchilor gemeni. În cazurile mai vechi se opun și neregularitățile dezvoltate la nivelul suprafețelor articulare, redresării.

Bazat pe aceste constatări A. Delahaye preconizează următoarea conduită terapeutică în aceste cazuri:

În primul timp execută tenotomia ischio-gamblierilor, precum și alungirea tendonului lui Achille. Prin această operațiune preliminară suprimă pledecile accesoriile ce se opun redresării.

În timpul al doilea, care se execută de obicei după 3 săptăm. se intervine asupra articulațiunii.

Printr-o artrotomie largă cu ridicarea rotulei, se secționează toate aderențele articulare și resturile ligamentelor încrucișate. Prin exagerarea flexiunii gambel pe coapsă se extirpă complet porțiunea posterioară a capsulei articulare retractate. Fără a face o rezecție a suprafețelor articulare propriu zisă, în caz când acestea prezintă neregularități, ele vor fi modelate, cu scop de-a obține o coaptare mai perfectă.

În timpul al treilea se execută artrodeza genunchiului cu grefon osos.

Față de această tehnică recomandată de Delahaye, în cazul nostru am reușit să evităm primul timp operator prin aplicarea extensiei continue progresivă transcaneană. Prin această extensie am putut să corectăm

parțial retracțiunea tendinoasă și am favorizat în același timp și vindecarea focarului bacilar.

În aceste condițiuni după 2^{1/2} luni, când starea locală și generală a bolnavului ne-a permis, am executat intervențiunea descrisă.

Această intervențiune poate fi etichetată în fond drept o rezecție intraepifizară economică, combinată cu extirparea porțiunii post. a capsulei (deci extra-capsulară posterioară).

Cu acest prilej am verificat și noi constatarea lui Delahaye în ceea ce privește rolul jucat de porțiunea posterioară a capsulei retractate ca un obstacol foarte serios în redresarea deformațiunii articulare.

Imobilizarea perfectă a provocat după 6 săptăm. o anchiloză osoasă a suprafețelor rezecate și acest lucru a permis evitarea și a celui de al treilea timp operator, acela al artrodezei.

Producerea anchilozelor este de sigur problematică, în deosebi când focarul bacilar nu este stins complet. Rezecția economică nu poate avea nici pe de parte pretențiunea de-a îndepărta tot țesutul osos patologic care împiedică uneori sudura osoasă. Din acest motiv artrodeza care să se opună reproducerii deformațiunii devine necesară foarte adeseori.

În concluzie în cazul nostru am obținut rezultat excelent prin faptul că:

a) am executat rezecțiunea atunci când focarul tuberculos a fost în faza de reparațiune;

b) intervențiunea a fost precedată de extensie continuă, progresivă și prin aceasta s'a corectat parțial retracțiunea tendinoasă și musculară.

Procedând astfel am putut evita o operațiune preliminară; aceasta fiind un mare profit pentru bolnavul debilitat;

c) Rezecțiunea osoasă a fost cât se poate de economică. Credem că în general dacă este posibil rezecția trebuie să se rezume numai la o simplă modelare a suprafețelor osoase.

Dacă pentru a se obține redresarea este nevoie de o rezecție ceva mai extinsă, este bine ca aceasta să intereseze ceva mai mult epifiza femurului, deoarece cartilajul epifizar este puțin mai îndepărtat la acest nivel;

d) După rezecțiune am imobilizat în poziție de rectitudine timp de 6 săptăm. Dacă după acest interval la examenul clinic și radiologic nu se constată semne de anchiloză, este bine să se procedeze fără întârziere la executarea artrodezei, căci numai această operațiune poate preveni reproducerea deformațiunii.

CLINICA CHIRURGICALĂ DIN CLUJ-SIBIU

Director: Prof. Al. Pop

Secția de boli pulmonare a Spitalului Militar C. VII. A.

— Organizare și funcționare —

de

Med. Lt. rez. Dr. N. Bumbăcescu

asistent al Clinicii Fiziologice

Tuberculezarea pe o scară tot mai întinsă a populației noastre civile formează azi preocuparea constantă a conducerii superioare a Ministerului Sănătății. Cum această problemă interesează în aceeași măsură și armata ea n'a putut fi trecută cu vederea, motiv pentru care atât medicii civili cât și cei militari tind să-l dea o importanță din ce în ce mai mare. Printre aceștia din urmă se numără și D-l Medic Lt.-Col. L. Ursu, fost șef al Spitalului C. VII. A., azi comandant secund al Spitalului Regina Elisabeta din București. Domnia Sa a căutat să dea o formulă practică acestor probleme prin crearea unei secții de boli pulmonare în Spitalul Corpului VII. A.

Cu concursul autorităților militare superioare și perseverența-l cunoscută, Medic Lt.-Col. Ursu a reușit să transforme o parte din podul clădirii spitalului într-o minunată secție de boli pulmonare compusă din: o sală de mese, oficiu pentru distribuția alimentelor, o sală pentru tratament și pneumotorace, o cameră de baie cu vană și dușuri, precum și 4 saloane destinate bolnavilor, unul cu 18 paturi, altul mai mic cu 10 paturi, o cameră cu 4 paturi pentru ofițeri și două boxe pentru izolarea bolnavilor mai grav, având fiecare câte 4 paturi. În total secția are 40 de paturi. Ea este foarte bine mobilată și înzestrată atât cu efecte spitalicești, cât și instrumentar medical. Se bucură de-o minunată vedere peste parcul Arinilor până în zărilor îndepărtate ale culmilor Făgărașului și este una din cele mai frumoase secții din spital care este de altfel organizat și dotat în condițiuni moderne.

Încă dela înființarea ei în Februarie, anul 1941, subsemnatul am fost rugat de D-l Medic Lt.-Col. Ursu să preluau conducerea medicală a acestei secții având colaborator pe Cpt. Medic Pelin, care însă de multă vreme este plecat să servească interesele militarilor bolnavi pe alte meleaguri. Pentru mine conducerea benevolă a secției a fost o mare onoare dublată în același timp și de o mare răspundere.

Pentru a fi de folos cât mai mare militarilor suferinzi de boli pulmonare mi-am fixat dela început drept țintă următoarele obiective:

a) trlarea în condițiuni cât mai bune a celor ce se prezentau în spital pentru o afecțiune pulmonară;

b) asigurarea tratamentului în cât mai bune condițiuni a celor găsiți cu tuberculoză pulmonară și

c) educația sanatorială și igienică a acestora din urmă.

În toată activitatea pe care am desfășurat-o în secție am ținut seama de punctele enunțate mai sus. Secția fiind cu mult prea mică în raport cu numărul afecțiunilor pulmonare cronice în deosebi tuberculoză, venite în spital, am cerut să se mai pună la dispoziție pentru acești bolnavi încă un salon cu 18 paturi, pe care l-am denumit salon de triaj astfel că secția funcționează dela înființare în realitate cu 58 de paturi.

Toți bolnavii veniți în spital pentru o afecțiune a aparatului respirator erau ospitalizați temporar în acest salon de triaj unde în decurs de maximum de 36 ore dela internare erau triați în baza unui examen clinic, radiologic și de laborator, obligator pentru toate cazurile.

Acel care nu prezentau nimic pulmonar precum și nicio altă suferință organică erau înalpați la unitățile lor.

Cel găsiți cu afecțiuni pulmonare acute, congestii, bronșite, etc., precum și cel cu afecțiuni pulmonare cronice netuberculoase; chiste, supurații, dilatații bronșice, etc., se internau în secția de medicină internă, din lipsă de locuri tot în această secție am internat și o parte din cei cu pleurezii serofibrinoase cu toate că locul lor ar fi fost mai potrivit în secția bolilor pulmonare.

Bolnavii cu leziuni pulmonare nelămurite erau ospitalizați în secție și ținuti în observație clinică până când li se stabliea un diagnostic și se fixa conduita tratamentului de urmat.

Atenția noastră a fost însă totdeauna reținută de cazurile cu tuberculoză pulmonară.

Cel avansați și grav am căutat să fie cât mai curând îndepărtați din sânul oștirii pentru a nu da naștere la noi infecțiuni printre camarazii lor sănătoși. Înainte de a părăsi spitalul am ținut ca fiecare să îl explicăm boala de care suferea, pericolul de infecțiune pentru cel din jur și ce trebuie să facă pentru a-și recâștiga măcar parțial sănătatea pierdută.

Cel cu tuberculoze incipiente și forme fibrocarioase potrivite diferitelor mijloace de colapsoterapie au fost internați în secție. Am preferat totdeauna aceste forme de tuberculoză deoarece din ele în urma tratamentului se pot recupera mulți bolnavi, care dacă sunt lăsați în voia sorții se vor adresa medicilor pentru tratament la

o dată când leziunile pe care le prezintă sunt cu mult prea avansate, pentru a se mai putea face ceva. Din această categorie de bolnavi am dat prioritate militarilor activi, concentrații fiind primiți numai în limita locurilor.

Numărul bolnavilor examinați de secție dela înființarea ei și până în prezent este de 7294.

Dintre acestea la 2857 cazuri n'am găsit o leziune pulmonară care să justifice internarea, o bună parte din ele fiind ofițeri, subofițeri sau trupă trimiși pentru un control pulmonar în vederea întocmirii fișei medicale de sănătate.

Un număr de 3909 bolnavi au fost internați în secția de medicină internă pentru afecțiunile pulmonare cronice netuberculoase, pleurezii sau discrete forme de tuberculoză latentă cum ar fi spre exemplu sclerosele, adenopatiile calcefiate, scleroze etc. Tot în acest număr intră și o parte din tuberculozele avansate, care până la întocmirea actelor de reformă au fost ospitalizate numai în salonul de triaj.

În secție am internat 528 bolnavi, fie pentru observația clinică în vederea stabilirii diagnosticului, fie pentru fixarea, indicarea și executarea diferitelor metode de tratament aplicate aici în tuberculoza pulmonară.

Fiecare bolnav internat în secția de boli pulmonare l se întocmește mai întâi o foaie de observație clinică detaliată, după modelul fostei secții de boli pulmonare a Clinicii Medicale 1, azi Clinica Fiziologică, în care sunt trecute pe lângă antecedente și rezultatele examenului fizic, radiologic și de laborator (urină, spută, sedimentarea globulelor roșii, sânge, etc). La mulți din bolnavii internați am făcut radiografiile necesare precizării diagnosticului, precum și urmărirea cu clișee în serie a cazurilor interesante.

Grupând bolnavii internați după leziunile pulmonare pe care le-au avut obținem tabloul de mai jos:

- a) Tuberculoze vindecate; complexe primare calcificate, calcefierii hilare, etc. 17 cazuri;
- b) Tuberculoze active evolutive în faza de primoinfecțiune și generalizare 41 cazuri;
- c) Tuberculoze active evolutive de tip fizic 285 cazuri;
- d) Scleroze consecutive tuberculozelor de primoinfecțiune și generalizare 58 cazuri;
- e) Scleroze consecutive unei fizii 52 cazuri;
- f) Pleurezii 52 cazuri;
- g) Pleuropéritonite 9 cazuri;
- h) Calcefierii pleurale 9 cazuri;
- i) Supurații pulmonare 5 cazuri;
- j) Dilatații bronșice 2 cazuri.

Din tabloul de mai sus vedem că majoritatea bolnavilor internați au prezentat o tuberculoză activă de tip fizic care necesită un tratament imediat și foarte

puține sunt cazurile care au avut o afecțiune cronică netuberculoasă. Din aceasta se vede că secția servește exclusiv celor ce sufer de tuberculoză.

La bolnavii internați am căutat să asociem curele igienico-dietetice și alte mijloace de tratament folosite azi în tuberculoza pulmonară.

În 10 cazuri am făcut autoterapie. N'am extins mai mult această indicație din două motive. Întâi pentru că farmacia spitalului nu posedă săruri de aur și în al doilea rând pentru că acest tratament începe să plardă din valoarea curativă ce l s'a atribuit altădată.

Am dat precădere mijloacelor de colapsoterapie în deosebi pneumotoracelui care se știe că dacă este instituit la timp și întreținut în bune condițiuni dă cele mai bune rezultate. Astfel am instituit și întreținut 80 pneumotorace. Foarte mulți din acești foști bolnavi ai secției continuă să întrețină pneumotoracele în mod ambulant și după ce au părăsit spitalul, tot la noi. În 15 cazuri colapsul fiind incomplet am făcut rezecțiile de aderențe după metoda lui Iacobaeus. Cum spitalul nu posedă instrumentarul necesar acestor intervenții, operațiile au fost făcute în Clinica Fiziologică a Facultății de Medicină de sub conducerea D-lui Prof. Daniello.

Intervențiile chirurgicale în afară de 7 freniectomii și un drenaj transparietal după metoda lui Monaldi n'am făcut cu toate că la mulți din bolnavii noștri se pune indicația unor asemenea intervenții pe care le-am evitat din cauză că nu am avut un personal instruit pentru îngrijirea postoperatorie a bolnavilor și nici n'am voit să riscăm eșecuri care ar fi putut constitui o pledică în a convinge noi bolnavi să accepte ca tratament o metodă de colapsoterapie.

Azi această din urmă teamă nu mai există deoarece toți bolnavii internați acceptă tratamentul indicat.

Pentru toți bolnavii cu afecțiunile pulmonare în deosebi pentru cei tuberculoși ne-am îngrijit ca ei să-și aranjeze și situația militară. Astfel au fost reformați pentru tuberculoză 489 cazuri. S'au făcut 45 amănări pentru procese discrete care necesitau cură de repaus și supraveghere medicală în vederea consolidării leziunilor. Au fost trecuți serviciului auxiliar 50 foști bolnavi cu leziuni discrete și stabilizate, dar incompatibile cu eforturile fizice mai mari.

Am înregistrat 31 decese și s'au acordat peste 1100 concedii medicale în vederea consolidării cât mai bune a diferitelor procese pulmonare.

Am căutat apoi ca bolnavilor internați să le facem o educație igienică în cât mai bune condițiuni, fiindcă se știe azi că este o strănă legătură între morbiditatea tuberculoasă și standardul igienic al unei populații.

În vederea acestui scop am întocmit un regulament de casă în care am trecut, așa cum se obișnuiește în toate sanatoriile, indicațiile principale cu privire la

Igiena corporală, modul cum trebuie executată cura de repaus, măsurile ce trebuiesc luate pentru a nu infecta pe cel din jur etc. Fiecare din bolnavii noștri internați trebuiau să cunoască pe de rost acest regulament intru cât nerespectarea lui atrăgea eliminarea imediată din serviciu, lucru de care am și uzat la începutul activității noastre în secție.

Pe cât ne-a fost posibil am supravegheat îndeaproape igiena corporală și am insistat prin mici conferințe asupra însemnătății ei. Tot așa am căutat să-l informăm asupra bolii de care sufer, explicându-le că tuberculoza este o boală infecțioasă, că ea se răspândește mai ales atunci când nu se ține seama de locul unde expectorează, motiv pentru care fiecare bolnav trebuie să-și albă sculptătoarea lui, etc. Ori de câte ori ne-a fost posibil am insistat asupra valorii ce o are cura de repaus în tratamentul tuberculozei pulmonare fără ajutorul căreia toate tratamentele ce se fac azi în tuberculoza pulmonară nu-și ating rezultatul dorit.

De fiecare dată am căutat să-l lămurim că tuberculoza nu este o boală care se vindecă numai cu medicamente de care se fac din nenorocire un prea mare abuz la noi.

Nu mă pot extinde aici mai mult asupra sfaturilor și a indicațiilor cu privire la igiena corporală și generală date bolnavilor internați în secție, dar din observația clinică ulterioară precum și a nenumăratelor dovezi de recunoștință ce am din partea lor am convingerea că munca depusă în acest scop n'a fost pierdută.

Din lipsă de spațiu nu reproducem aici mai multe din aceste dovezi care ne spun mai mult decât orice că o secție bine înzestrată și condusă într'un spital militar atrage recunoștința celor îngrijiiți, făcând onoare aceluia ce se gândesc la suferința lor.

Din cele expuse mai sus credem că creerea de noul secții de boli pulmonare pe lângă spitalele militare după modelul celui dela C. VII. A., sunt foarte folositoare pentru profilaxia și combaterea tuberculozel printre militarii și populația civilă, fiindcă nu trebuie uitat că acești foști militarii, întorși bolnavi la căminul lor constituiesc surse de contagii și contribuiesc într-o foarte largă măsură la răspândirea infecțiilor tuberculoase. Cum în majoritatea lor acești militarii sunt dela țară ei vor face o veritabilă contaminare a satelor unde se știe că lupta contra tuberculozei este mult mai greu de realizat din cauza standardului igienic foarte scăzut.

Societăți medicale

ȘEDINȚA SECȚIEI ȘTIINȚIFICE A COLEGIULUI MEDICILOR DIN TIMIȘOARA

s'a ținut în 14 Februarie cu ocazia adunării generale extraordinare prezidată de președintele colegiului d-l Dr. Eugen Suciu în sala mare a Salvării, la care au participat peste 100 de medici. După epuizarea programului adunării generale, luându-se deciziunea de a urca tariful medical, s'au făcut următoarele comunicări:

Dr. Ioan Mureșan, medic primar director: Stomac Jejunal.
(Una din complicațiile ulcerului peptic jejunal post. op.).

În primul rând face câteva considerațiuni generale asupra chirurgiei ulcerului gastric așa cum se prezintă aceasta problemă la Timișoara.

Se oprește puțin asupra indicațiilor operatorii și amintește că tratamentul conservativ dus la excès expune bolnavul la anumite complicații din care perforația ulcerului e cea mai gravă și îngrijorătoare de frecvență la Timișoara.

Astfel din Iunie 1936 și până la sfârșitul anului 1942, numărul ulcerelor neperforate operate la Spitalul de Chirurgie au fost 355 iar a celor perforate 91 deci 25% ulcere perforate.

Tot pe acest interval s'au operat 13 ulcere petice jejunale dintre care 12 după G. E. iar unu după rezecție tip Finsterer prealabilă. Toate cu excepția a două cazuri au fost operate anterior în alte servicii.

Se ocupă apoi mai pe larg cu o complicație a ulcerului peptic jejunal ce a survenit la 2 din aceste 23 cazuri — la 1 după G. P. și la altul după rezecție tip Finsterer. — Complicația aceasta a fost diagnosticată numai la operație și consta în aceea că ulcerul petic jejunal s'a localizat pe gura ansei aferente producând o stenoză aproape completă acestei guri cu o dilatare consecutivă enormă a ansei jejunale aferente.

Dilatarea aceasta a fost atât de excesivă la cazul cu C. E. P. în cât avea aspectul unui adevărat stomac — *stomac jejunal*. — Arată dificultatea de diagnostică, această dilatare a ansei aferent chiar prin examenul radiologic căci evacuarea stomacului se face bine, ansa eferentă păstrându-și calibrul normal.

Arată apoi că diferitele metode operatorii dau ulcere petice jejunale în următoarea ordine în ce privește frecvența:

G. E. Antecolică cu anastomoza Braun,

G. P. Mai cu seamă dacă se asociază cu excluderea pilorului și se ia ansă lungă.

Rezecția de excludere tip Finsterer.

Ulcerul petic după rezecție de stomac cu estirparea și a a pilorului dau cele mai puține ulcere petice jejunale.

Concluzii: Să nu se facă operații paliative ca tratament chirurgical al ulcerului Gastro Duodenal.

Rezecția de stomac asociată și cu estirparea pilorului — sau unde nu se poate — atunci cel puțin cu extirparea mucoasei pilorice este soluționarea cea mai perfectă până azi a problemei tratamentului chirurgical al ulcerelor Gastro-Duodenale.

Singur rezecția modifică chimismul gastric și puterea digestivă a sucului gastric acido-petic.

Personal face numai rezecție ca tratament al ulcerelor gastro-duodenale. Astfel în ultimul an — 1942 — la 75 cazuri de ulcere gastro-duodenale neperforate a făcut exclusiv rezecția de stomac ca tratament chirurgical.

Dr. Popoviciu Virgil, medic primar de spital: Plăgile oculare de războiu. Din 78 cazuri de plăgi oculare de războiu, la 35 a luat câmpul vizual al ochiului nerănit, în aparență sănătos. În toate cazurile a găsit modificări campimetrice considerabile. A exclus prin radiografii ev. leziuni sinusale, — prin R. Wassermann

în sânge ev. leziuni sifilitice, — prin oftalmoscopie ev. leziuni vizibile ale fundului ocular, — prin tanometrie glaucomul.

Crede că este vorba de *ambliopia simpatică* — o formă a oftalmiei simpatice torpide, fără leziuni vizibile, numai cu tulburări funcționale. — Remarcă aici, că în toate cazurile cu excepția unuia a găsit R. Pirquet și R. Mantaux intens pozitivă.

Concluziile studiului de față sunt de ordin științific, medico-militar și medico-social, — și unume:

Toate leziunile oculare de războiu, care interesează globul direct sau indirect produc o inflamațiune directă în ochiul vecin, *decelebilă prin campimetria minuțioasă*.

Fiecare medic oculist are obligația a controla câmpul vizual al ochiului nerănit în cazuri de plăgi oculare de războiu.

În normele de clasare Ministerul Apărării Naționale ar trebui să prevadă și strimtoarea câmpului vizual al ochiului aparent sănătos, chiar cu vederea centrală bună.

Medicii oculiști ar trebui să urmărească câmpul vizual al ochiului nelezat în toate cazurile de accidente oculare, în deosebi la cele din câmpul muncii.

Comisia pentru stabilirea unei rente dela C. A. S. dela C. F. R. și P. T. T. precum comisia de pensionare să nu se pronunțe în cazuri analoge decât în posesia câmpului vizual luat la ochiul vecin celui lezat.

Dr. Alexandru Lambescu, medic primar chirurg: Terapeutică osoasă prin autogrefoane; biologia lor.

Ollier cu aproape jumătate de secol în urmă a deschis problema grefelor osoase.

În 1922 Cunéo și Rouvillois au prezentat un raport ajungând la concluzia că grefa autoplastică reprezintă o metodă de alegere.

Starea actuală a cunoștințelor. Un grefon detașat din patul lui moare total sau parțial. În noul său amplasament el începe să se sudeze. Datorită epaușamentului sanguin se formează un chiag fibrinos pe care-l pătrund elemente conjunctive din osul receptor. Ele fagocitează părțile necrozate și creiază vase de neoformație.

Rehabilitarea și remanierea grefonului se fac prin resorbție și formare de os nou, fenomene aproape sincrone.

Resorbția se face prin osteoclastele lui Kolliker, care lizează osul vechiu, iar formarea de os nou ar fi condiționată de prezența osteoblastelor, ambele fenomene reproducând în diferitele lor etape, aspecte radiologice precise.

Grefonul nu joacă numai un rol mecanic, pasiv, și el conduce și orientează — prin canalele haversiene lărgite — procesul de reconstrucție, excitând totodată osteogeneza.

Rolul extremităților osoase receptoare este capital și proporțional cu starea irigației sanguine.

Grefele pot fi libere sau pediculate, ultimele fără o valoare deosebită din cauza circulației insuficiente.

Aplicarea transplantelor se face în următoarele cazuri patologice:

— În fracturile recente, fie prin începuire simplă ori modificată după Leveuf și Godard, apoi după Agrifolio; prin grefă după Albée. Deși Mathieu socotește cepul intramedular ca anti-biologic, Chigot îi atribuie efecte favorabile.

— În pierderile mari de substanță osoasă.

— În pseudartroze. În formele unde nu e vorba decât de tulburarea metabolismului local.

— În artrodeze și artroze.

— În tuberculoza osoasă, după metoda Robertson—Lavelle, metodă cu mulți detractori.

Deși s'ar părea că, în latura ei practică, problema transplantelor a găsit soluții precise, în realitate nu e tocmai așa. Sunt situațiuni unde autogrefa se cere substituită de homo sau hete-

rogrefă, mai ales în marile pierderi de substanță osoasă, la membrul inferior după rezecția pentru sarcom, de exemplu:

Contribuția personală constă în numeroase sinostoze vertebrale prin autotransplant costal și tibial; un caz de clavetaj Calvet; numeroase artrodeze extra-articulare în coxotuberculoză, osteosinteză prin începuire centrală sau paracentrală; un caz de corectarea fracturii calcaneului cu ajutorul autotransplantelor tibiale după metoda Lenormant—Wilmoth și trei începuiri transcervico-trohanteriene prin grefon tibial, la bătrâni de și peste 70 ani, fără ajutorul niciunui aparat conductor în timpul tunelizării.

Dr. I. Nemoianu, inspector general sanitar, expune câteva probleme actuale și locale din domeniul medicinei infantile, dintre care unele sunt consecința stărilor excepționale de războiu și prin urmare au fost inevitabile, altele însă sunt mai vechi și s'au agravat numai din cauza războiului.

Prin o mai bună organizare a protecției și asistenței infantile, multe din aspectele defavorabile s'ar fi putut evita și în bună parte se mai pot înlătura și astăzi.

Vârsta cea mai periclitată este prima copilărie. În această epocă, problema principală o formează măsurile medico-igienice de ordin preventiv, cu cele două mari subdiviziuni: alimentația sugarilor și îngrijirea lor.

În privința alimentației, regiunea Banatului a înregistrat în ultimele decenii o tendință constantă spre abandonarea alăptării materne. Momentul actual este prielnic pentru a creia un curent de revenire la alimentația naturală, prin o propagandă concentrată și susținută.

Pentru sugarii alimentați mixt și artificial, problemele cele mai importante sunt: zahărul, laptele și vitaminele.

Actuala cotă de zahăr (100—400 gr. în mediul rural și 500 gr. în mediul urban, pentru fiecare persoană indiferent de vârstă), este mult sub minimul necesar, care a fost fixat de Academia franceză de medicină (în toamna anului 1940) la 900 gr. lunar.

Problema laptelui se poate rezolva în mediul rural prin o educație a populației în direcția manipulării corecte a laptelui de vacă; iar în orașul Timișoara, care a făcut experiențe negative și costisitoare cu o lăptărie comunală, ea s'ar putea rezolva prin înființarea unui grajd de vaci pe cele 500 jugăre comunale.

Asigurarea vitaminelor, care se găsesc în abundență, este o problemă de pură organizare a distribuției.

Îngrijirea copiilor sugari întâmpină astăzi trei mari dificultăți: rufăria de corp și de pat, săpunul și vesela.

Cele două dintâi pot fi asigurate cu concursul industriei locale, dacă s'ar lua dispozițiuni speciale în favorul copilăriei de către organele oficiale competente; cea din urmă însă necesită o intervenție cu caracter regnicolar.

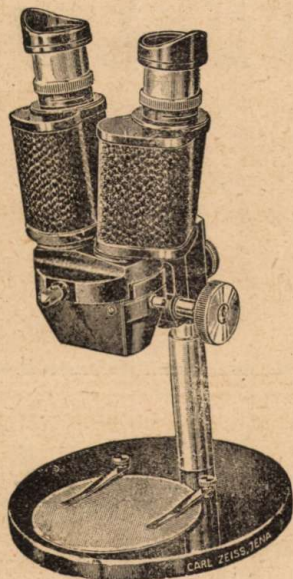
Cât privește îngrijirea și tratamentul medical al copiilor bolnavi, necesitățile sunt astăzi cu mult mai mari, deoarece stările de războiu au mărit în mod considerabil numărul copiilor care nu au posibilitatea să fie îngrijiți în familie și recur la asistența medico-igienică instituțională.

Posibilitățile noastre în privința asistenței instituționale sunt astăzi mult prea reduse față de necesități. Pentru o regiune cu aproape un milion de locuitori, avem un spital de copii, cu o capacitate reală de primire de 60 paturi pentru toate specialitățile; iar pentru asistența medico-socială a copiilor dependenți sociali avem, la o regiune cu 1.300.000 locuitori, un Centru pentru ocrotirea copiilor, în permanență supraincărcat și plin de lipsuri materiale și de personal.

Având în vedere că, numărul copiilor cu anomalii constituționale este destul de mare (circa o treime din totalul populației infantile), având în vedere și cele două mari cauze ale mortalității infantile din țara noastră: diareele de vară și afecțiu-

ZEISS

Lupe binoculare cu câmp vizual mare



dau imagini brillante și plastice. Chiar la lucrări îndelungate, ochii nu obosesc. Existența diferitelor stative speciale permite întrebuințarea universală a aparatului.

Puterea de mărire dela 3-30 x.

INFORMAȚIUNI ȘI CATALOAGE GRATUIT DELA

CARL ZEISS, JENA

sau dela reprezentanța generală pentru România
Societate Anonimă de Agentură - Comision - Import fost Otto & Alfred Herzog.
BUCUREȘTI I., Bulevardul Carol I, Nr. 48.



MAGNESIUM MANDELAT «ASTA»

(granule solubile în intestinul subțire)
pentru terapia specifică în

Coli-infecțiuni
ale

Căilor urinare

★

Absolut netoxic

Foarte economic

(durată scurtă de tratament)



ASTA AKTIENGESELLSCHAFT CHEM. FABRIK BRACKWEDE

Literatură și eşantioane vă stau
cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R. ★ Strada Sf. Ionică No. 8 ★ BUCUREȘTI

Tratamentul ȘANCULUI MOALE

și COMPLICAȚIILOR SALE
Prin injecțiuni intramusculare

cu :

VACCIN ANTISTREPTOBACILAR

„NICOLAU-BANCIU“

din surse polivalente de Bacili Ducrey

VACCINUL ANTISTREPTOBACILAR

Este foarte bine tolerat. Nu dă șoc, nici febră, permițând tratamentul ambulatoriu.

PREZENTAREA: Cutii cu 6 fiole à 2 cmc.

Medicamentul suveran al boalelor gastro-intestinale,
 de natură toxi-infecțioasă, la copii și adulți,
 nu este decât :

**„Lactoferment
 Dr. Robin“**

36 ani de existență 1907-1943

Emulsie pură de ferment lactic viu, care transformă în acid lactic născând diferite substanțe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinal, conlucrând în acest mod la nimicirea agenților microbieni patogeni.

DOZE: COPIII până la 3 ani o linguriță la oră.
 COPIII dela 3 ani în sus câte 2 linguri
 înaintea meselor.
 ADULȚII 3—4 linguri înaintea meselor.

Indicat în: enterite acute și cronice la copii
 și adulți, eczeme, acnee, foliculite, furun-
 culoză, urticaria, libaciloză, etc.

Estetica feței**VACCIN MICROBACILAR ANTIACNEIC**

Conf. Dr. SĂRĂȚEANU

INDICAȚIUNI:

Toate formele pustuloase de ACNEE VULGARĂ facială.

Indicațiuni secundare: ACNEE ROZACEE.

Toleranță locală și generală perfectă

Pentru literatură și eșantioane a se adresa:

LABORATOR „Dr. A. BANCIU“

BUCUREȘTI, str. Regală Nr. 10 (Eta) — Telefon 584.29.

nile căilor respiratorii, care nu pot fi combătute cu măsuri improvizate, se impune crearea unei organizații solide de protecție și de asistență a copilăriei pentru țara întreagă. În cadrele acestora și organizarea regională va avea mai multe șanse de izbândă.

Dr. Iepure V., medic primar: Problema și combaterea tuberculozei (Metoda Prof. Holfelder). D-se arată că pe când toate boalele contagioase la un loc, au dat în 1938 o morbiditate de 140 670 cazuri cu mortalitatea de 6.800, tuberculoza singură a avut aproximativ morbiditate de 250 000 cu mortalitate de 34 000 cifră înspăimântătoare.

În spitalul militar Sibiu în anul 1940 din toți bolnavii internați și clasați au suferit de T. B. C. 26%.

Trece apoi în revistă mijloacele de combatere a T. B. C. prin cele 2 mari diviziuni: profilaxia și tratamentul.

Profilaxia compusă din: a) depistarea precoce a tbc., b) izolarea bolnavilor de tbc și vaccinarea cu B. C. G.

Apoi Dispensarul, Spitalul-Sanatoriu Județean, Sanatoriile climatice și centrele de reeducare și supraveghere a tbc.

La depistarea bolnavilor de tbc. relevă noua metodă a prof. Holfelder de microröntgenfotografie în serie, metodă perfectă și dând posibilitatea a fi examinată toată populația unei țări, periodic de 2 ori anual — deci a face adevărate anchete sociale.

Din 1939 până 1942 Octomvrie s'au făcut în Germania 6 000.000 examinări, în ultimul timp cu 14 echipe.

Izolarea bolnavilor acum este o imposibilitate.

Prof. Holfelder preconizează ca la sfârșitul războiului să izoleze absolut toți tbc. cu leziuni active, în Sanatoriu, spitale și bărci improvizate, mai ales a celor gravi și incurabili.

Astfel prin această izolare brutală a unei generații de tbc. se va steriliza Europa, apărând apoi numai cazuri sporadice.

D-l Dr. Iepure arată marea importanță a dispensarului anti-tuberculos, luând ca model dispensarul Asigurărilor Sociale din Timișoara.

Menirea dispensarului este a face anchetele sociale, depistând bolnavii de tbc. a continua tratamentul ambulant (de mare importanță în țările cu paturi puține pentru tbc.), a îndruma și supraveghea bolnavii noi sau pe cei vindecați sau spre vindecare.

Are și marele avantaj că este foarte economicos (bugetul pe 1942 a fost de 1.500 000 Lei).

La acest dispensar s'a făcut în 1942 peste 1000 reinsuflății peste 3500 radioscopii și 8900 consultații, etc.

Vorbind apoi de Spltalele-Sanatorii Județene arată marea lor valoare, cerând a se construi întâi numai astfel de sanatorii, și nu cele climatice.

Aceste sanatorii județene sunt mult mai economice ca sanatoriile climatice și au posibilități terapeutice, fiind adevărate clinici de tbc., căci au la dispoziție concursul tuturor specialităților de medicină.

Ele au menirea a primi orice caz de tbc pulm., a începe tratamentele speciale și apoi a îndruma la sanatoriile climatice sau dispensare, pentru continuare de tratament și supraveghere.

Formează adevărate centre în lupta contra tuberculozei.

La Spitalul-Sanatoriu tbc. din Timișoara s'au făcut în 100 zile (dela deschidere) 1350 radioscopii cu 550 insuflății de aer ($\frac{2}{3}$ la bolnavii din secție și $\frac{1}{3}$ bolnavi la consultații, majoritatea foști internați chiar aici).

Amintește apoi de sanatoriile climatice și de centrele de reeducare.

Revista cărților

Sistem aortic superior de Dr. Dorin Dumitrescu, conferențiar la Facultatea de Medicină din București, chirurg primar la Spitalul Regele Mihai I. Carte format mare cu 408 pagini, cu 127 figuri în text desenate de P. Velluda. Editura Cartea Românească București, 1943.

Această lucrare face parte din tratatul de terapeutică chirurgicală a arterelor constituind volumul I al acesteia.

Studiind lucrarea D-lui Dorin Dumitrescu, descoperi atâtea attribute de care trebuie să țină seama adevăratul chirurg. Cunoștințe precise de anatomie descriptivă topografică, anatomie patologică, fiziologie, fiziopatologie și clinică sunt indispensabile pentru chirurgie.

Această lucrare este onorată de o prefață a D-lui Prof. Iacobovici care cu multă competență evidențiază personalitatea, pregătirea anatomică, practica chirurgicală și mai ales practica în cadrul catedrei de terapeutică chirurgicală. Aceste calități i-a ușurat autorului ca să scoată acest tratat de terapeutică chirurgicală atât de precis, util, foarte interesant și într-o formă excepțional de frumoasă.

Din bibliografia și din toate izvoarele care le-a consultat autorul, reese o muncă asiduă care cere timp, răbdare socotind împrejurările actuale care le trăim.

În „Cuvântul înainte” al autorului ne desvăluie toată filiera obstacolelor care le-a avut până și-a văzut lucrarea matură ca să fie dată publicității.

Volumul acesta studiază sistemul aortic superior fiind împărțit în 18 capitole după cum urmează:

Cap. I, tratează: arcadele palmare; Cap. II: arterele antebrațului; Cap. III: artera umerală; Cap. IV: artera axilară; Cap. V: artera subclaviculară; Cap. VI: arterele tiroidiene; Cap. VII: artera vertebrală; Cap. VIII: artera mamară internă; Cap. IX: trunchiul brachio-cefalic; Cap. X: arterele carotide; Cap. XI: artera carotidă primitivă; Cap. XII: artera carotidă externă; Cap. XIII: artera linguală; Cap. XIV: artera facială; Cap. XV: artera occipitală; Cap. XVI: artera temporală artificială; Cap. XVII: artera carotidă internă; Cap. XVIII: a) Bibliografia generală; b) Tratate și monografii consultate; c) Reviste și teze consultate; d) Tabla de materii a figurilor; e) Cuprinsul.

Fiecare capitol este precedat de un sumar foarte util din care se vede planul de studiu ce-l urmează autorul.

Acest plan de expunere este propriu al autorului, studiind fiecare arteră sistematic din punct de vedere anatomo-topografic, chirurgical, clinic și terapeutic.

Din punct de vedere anatomic se descrie artera în ce privește origina, situația, raporturile, colateralele și anomaliile.

Din punct de vedere chirurgical se descrie, căile de acces unde se face descoperirea și ligatura arterei, poziția bolnavului, poziția chirurgului, puncte de reper, linia de operație, operația și termină cu studiul procedeele clasice și moderne făcând totodată și critica acestora.

Din punct de vedere clinic și terapeutic, face considerații de patologie chirurgicală, descriind plăgile și contuziile arterei, anevrismele arteriale, anevrismele arterio-venoase și alte boli și sindroame unde se indică ligatura arterei. Acest studiu de clinică

și terapeutică este foarte interesant mai ales că nu se găsește în niciun tratat de până acum.

Autorul termină fiecare capitol cu o bibliografie a tuturor lucrărilor și resurselor consultate.

Planșele sunt precise și instructive, aproape în întregime fiind făcute după piesele disecate sau operate de autor, fiind admirabil executate de D-l P. Velluda, desenatorul Clinicii de Terapeutică chirurgicală.

În ultimul capitol D-rul Dorin Dumitrescu expune bibliografia generală a tratatelor și monografiilor consultate, cuprinzând 1398 de resurse studiate de autor.

Autorul termină acest tratat cu cuprinsul sistematic alcătuit.

În concluzie acest tratat de terapeutică chirurgicală se impune prin bogăția cunoștințelor, prin expunerea frumoasă și prezentarea limpede a ceea ce tratează aducând mari servicii medicinei fiind foarte util studentului, aceluia care se pregătește pentru concurs în specialitatea chirurgie și mai ales chirurgului format din a cărei bibliotecă se recomandă să nu lipsească.

Dr. V. Gavrilă

Clinica bolilor de nas, gât și urechi. (Klinik der Hals-, Nasen- und Ohrenerkrankungen) de Prof. Dr. Emil A. Wessely (Viena). Editura Urban Schwarzenberg, Berlin și Viena, 1942. Un volum de 578 pagini. De vânzare la H. Welther, Sibiu, str. Regina Maria.

A apărut ediția II-a a cărții cu titlul de mai sus. Conținutul ei este următorul:

Întâi sunt tratate bolile nasului și ale gâtului. Se dau aci la început câteva date anatomice și fiziologice asupra acestor două organe. Urmează apoi diferitele tehnici pentru examinările necesare în diferitele boli și afecțiuni ale nasului și ale gâtului. Se tratează apoi despre anomalii, corpuri străine și rănirile acestor organe. După hemoragiile ce pot surveni la nivelul nasului, faringelui și laringelui se expun afecțiunile inflamatorii ale nasului. Urmează apoi afecțiunile inflamatorii ale diferitelor sinusuri cu diferitele tehnici operatorii, întrebuintate în tratamentul lor. Se expun apoi următoarele: Faringitele acute și cronice, bolile inelului limfatic faringean, afecțiunile inflamatorii ale acestui inel, complicațiunile inflamatorii retro- și parafaringeene, afecțiunile inflamatorii ale gurei, afecțiunile inflamatorii ale laringelui stenozele

laringeene și a căilor respiratorii superioare, laringotomia și tracheotomia, tumorile benigne și maligne ale nasului și ale gâtului.

Un capitol special este consacrat bolilor infecțioase cu poarta de intrare și localizare naso-faringean. Ultimul capitol din această primă parte a cărții este consacrat tulburărilor nervoase ale laringelui.

În partea doua a cărții se tratează bolile și afecțiunile urechii după următorul plan: considerațiuni anatomice și fiziologice, metodele de examinare, examinările funcționale, afecțiunile urechii externe, afecțiunile urechii mijlocii, și urechii interne și ale nervului acustic.

Cartea este ilustrată cu 164 clișee în text și ea este destinată pentru a fi consultată de toți medicii practicieni, precum și de studenți în medicină.

Ortopedie de războiu. (Kriegsorthopädie) de Prof. Dr. Max Langer. Editura Ferdinand Enke, Stuttgart, 1943. Un volum de 436 pagini. Se găsește de vânzare la librăria H. Welther, Sibiu, str. Regina Maria. Prețul cartonat RM 25 — legat RM. 26'60.

A apărut cartea scrisă de Prof. Dr. M. Langer despre ortopedia în timp de războiu, carte de o extremă importanță pentru timpurile de războiu de astăzi și pentru cele de după războiu, având în vedere problemele importante, pe care le tratează.

Cartea are următorul conținut:

În primul capitol se tratează despre prevenirea și tratamentul diferitelor forme de contractură, cu diversele lor localizări. Următorul capitol se ocupă cu redarea mișcărilor diferitelor articulații anchilozate, în special a genunchiului. Se expune apoi tratamentul fracturilor consolidate în poziții vicioase sau cu formări de pseudoartroze, tratamentul rănirilor dela nivelul degetelor, a mâinilor și picioarelor.

Se expune apoi problema amputațiilor și a reamputațiilor. Într'un capitol special se tratează despre rănirile și leziunile nervilor în legătură cu războiul.

În alt capitol se expun principiile tratamentului postoperator după diferitele leziuni ale oaselor.

În ultimul capitol se tratează despre aparatele ortopedice și diferitele proteze, ce se pot utiliza în diversele împrejurări de războiu.

Cartea este de mare importanță pentru toți medicii, dar mai ales pentru specialiștii chirurgi.

Revista revistelor

INTERNE

Tratamentul cu strofantină a infarctelor miocardice recente. (Die Strophanthinbehandlung des frischen Herzinfarktes) de E. Edens (Düsseldorf). Klin. Wschr., Jg. 22 Nr. 4 p. 69—70. — 1943.

În baza a 30 de observații de infarcte miocardice recente autorul ajunge la următoarele constatări în ce privește tratamentul lor cu strofantină. În opoziție cu concepția de până acum, că strofantina ar fi nocivă în aceste cazuri, autorul constată în cazuri potrivite un efect bun și că tachicardia ventriculară în infarctul miocardic nu constituie o contraindicație pentru terapia cu strofantină, dacă funcțiunea inimii și a aparatului circulator în general indică un astfel de tratament. Uneori în aceste cazuri de infarcte miocardice recente dozele obișnuite de strofantină trebuiesc mărite pentru a obține efectul dorit.

Semnificația bradicardiei în nefritele acute. (Die Bedeutung der Bradykardie bei der akuten Nephritis) de B. Steinmann. Klin. Wschr., 1942. Nr. 46, p. 1015—18.

În nefritele acute între bradicardie și hipertensiune există următoarele raporturi: Dacă rezistența periferică este mărită în mod primar, de exemplu prin injecție cu adrenalina, atunci se constată în hipertensiune o bradicardie. În nefrita acută la început în faza de hipertensiune rezistența periferică este mărită, însă adesea amplexarea băților cardiace se reduce în urma insuficienței cardiace și presiunea venoasă crește, astfel că pulsul este mai mult normal. În urma ameliorării stării bolnavului se poate produce o modificare și în funcțiunea aparatului circulator. Amplexarea băților cardiace crește și rezistența periferică scade. Inima lucrează suficient și se declanșează reflexul depressor. În aceste împrejurări survenirea bradicardiei trebuie privită ca expresia unei modificări favorabile în funcțiunea aparatului circulator.

INFECȚIOASE

Asupra a trei cazuri de mononucleoză infecțioasă. (Über 3 Fälle von infektiöser Mononukleose) de A. Floros și D. Voyajides Wiener Klin. Wschr., 1943 Nr. 12, pag. 231—233.

Autorii au avut ocazie să observe 3 cazuri rare de mononucleoze infecțioase a căror observație o relatează în acest articol. Într'un caz este vorba de o femeie de 30 de ani, cu 12 000 de leucocite, cu limfocite 58%, monocite 13%. În al doilea caz este un bărbat de 34 de ani, cu 9500 leucocite, limfocite 85%, în al treilea caz este un bărbat de 30 de ani, cu 7200 leucocite, limfocite 62%, monocite 6%.

Din descrierea cazurilor autorii se cred îndreptățiți de a le clasifica în cadrul mononucleozelor infecțioase (mărirea mononuclearelor în stări morbide, acute, nedeterminate, febrile cu evoluție benignă, fără a putea pune în evidență o infecție nedeterminată). Mononucleoza infecțioasă, atât clinic cât și hematologic prezintă o unitate nosologică și ea cuprinde diferite stări morbide infecțioase, nedeterminate. Aparține viitorului de a diferenția grupele morbide, care aparțin aci.

Tratamentul pneumoniei în serviciul nostru în anii 1932 și 1942. (Die Pneumoniebehandlung in unserer Abteilung in den Jahren 1932 und 1942) de A. Ringl. Wiener Med. Wschr., 1943 Nr. 14—15, pag. 247—250.

Autorul face o comparație între rezultatele terapeutice obținute în tratamentul pneumoniei în anul 1932, când nu existau sulfamidele și în anul 1942, când au fost deja introduse sulfamidele în tratamentul pneumoniei. În anul 1932 a tratat 60 de bolnavi cu pneumonie, dintre care au murit 21, ceea ce face o mortalitate de 35%. În 10 cazuri (16,6%) pneumonia a fost cauza directă a morții. Durata perioadei febrile a fost 8 zile, a ospitalizării 25 de zile. Complicațiile s'au prezentat la 11 bolnavi, deci în 8,3% a cazurilor. Vârsta medie a bolnavilor: 50 ani.

În anul 1942 a tratat în serviciu 92 cazuri de pneumonie, din acestea au sucombat 12 bolnavi, deci o mortalitate de 13%. În 7 cazuri (7,6%) cauza directă a morții a fost pneumonia. Complicațiile s'au prezentat în 21 de cazuri, deci în 22,8%. Vârsta medie a bolnavilor: 52 ani. Durata perioadei febrile în medie 5 zile, a ospitalizării 27 zile.

Din comparația acestor rezultate autorul ajunge la următoarele concluzii: Cu introducerea sulfamidoterapiei în tratamentul pneumoniei s'a redus mortalitatea în această boală mai mult decât jumătate, durata perioadei febrile s'a prescurtat în mod esențial. Obiecțiunea contra acestei noi terapii, că pneumonici supuși sulfamidoterapiei ar fi mai predispuși la complicațiuni, nu este îndreptățită. De aceea noi considerăm ca o greșală, ca într'un caz de pneumonie de teama complicațiilor să nu întrebuițăm sulfamidele.

Asupra febrei wolhynice. (Über das Wolhynische Fieber) de A. Reuter. Münch. Med. Wschr., 1943. Nr. 6, pag. 99—104.

Autorul a avut ocazia de a trata într'un spital de campanie mai multe cazuri de febră wolhynică, survenită la soldați. Cu această ocazie trece în revistă întreagă problema acestei boli, ajungând la următoarele concluzii. Tabloul clinic tipic al bolii s'a constatat numai într'o parte a cazurilor, adică temperatură recidivantă în mod regulat la fiecare 4—5 zile, dureri de cap, în extremități, mai ales de-a-lungul tibiei. Sunt dese cazurile atipice, cu temperatură neregulată, cu dureri în extremități, sensibilitate la percuția tibiei, splenomegalie, ocianoză mai mult sau mai puțin pronunțată. Durerile sub formă de jiunghi în torace, în abdomen, în coapse, dau multe dificultăți la diagnostic. În cursul bolii survin modificări ale organelor, dintre cari în primul rând sunt de notat alterațiunile miocardice, nu sunt rare nici fenomene gastro-intestinale. Survin catare ale căilor respiratorii în anghine. Poate fi interesat și sistemul nervos. Experiențele terapeutice cu sulfamide sunt negative.

Asupra chimioterapiei în scarlatină. (Zur Chemotherapie des Scharlachs) de I. Wolff-Rosbach. Dtsche Med. Wschr. 1943, Nr. 15/16, pag. 334—336.

Se tratează în curs de 20 de luni 1500 cazuri de scarlatină (copii și adulți de ambele sexe) în serviciul de boli contagioase din Spitalul „Augusta Victoria” din Berlin) cu preparatul Tibatin. Acesta este un preparat sulfamidat, al firmei Bayer, utilizat de autor sub formă de injecțiuni, în doze până la 35 cc. zilnic (6 gr.). La copii doze mai mici. Se ajunge la următoarele concluzii: tibatinul este un preparat sulfamidat foarte activ în tratamentul scarlatinei. Se obțin rezultate foarte bune în toate complicațiunile scarlatinei, se influențează mai bine cazurile septic de scarlatină, decât cele toxice. În complicațiunile otice, utilizarea injecțiilor cu tibatin face evoluția acestora mai ușoară. Acționează favorabil în nefritele și encefalitele scarlatinoase, ca și în adenitele acute, în scarlatina chirurgicală, precum și în infecțiunile mixte. Reumatismele rămân neinfluențate. În ceea ce privește influențarea fenomenelor de miocardită, rămâne ca ulterior să se formuleze o părere.

Asupra acțiunii favorabile a transfuziei cu sânge de convalescent în tifusul exantematic (Über die günstige Wirkung durch Übertragung von Rekonvaleszentenblut beim Fleckfieber) de Hofer v. Lobenstein. Münch. Med. Wschr. 1943, Nr. 7, pag. 119—120.

Autorul relatează două cazuri extrem de grave de tifus exantematic cu un prognostic aproape fără nici o speranță, unde grație transfuziilor de sânge făcute dela convalescent corespunzător, ambii bolnavi s'au vindecat. Cantitățile de sânge transfuzate au fost la început mici (30 cc., apoi 100 cc. În legătură cu aceste cazuri autorul face câteva considerațiuni asupra tratamentului tifusului exantematic.

Dr. I. G.

*

DERMATO-VENERICE

Tratamentul eczemei cu pomada uscată Cutrosa cu Surfen de P. v. Graevenitz. Kinderärztl. Prax. 1940, Nr. 2, p. 54.

Deoarece compresele cu soluție de Surfen 2% au avut efecte bune în eczemele infantile, v. G. a încercat să obțină o ameliorare și mai netă cu pomada uscată Cutrosa cu Surfen, care conține ca bază soluții coloidale de substanțe sintetice producătoare de film, cu un adaos de emoliente și substanțe exsicante. Pomada se încheagă pe piele. Pruritul dispare prompt în eczeme, când se recurge la pomada aceasta. La 20 de copii cu impetigo contagios, pomada a dus la vindecare în 8—14 zile. v. G. nu știe, dacă acțiunea curativă trebuie atribuită mai mult substratului de bază al pomezii sau Surfen-ului.

Incapacitate de muncă și invaliditate ca urmare a bolilor venerice. (Arbeitsunfähigkeit und Invalidität als Folge von Geschlechtskrankheiten) de Dr. H. Gottschalk. Socialhygiene der Geschlechtskrankheiten Nr. 4, August 1942.

Într'o statistică din 1937 autorul arată că din cei incapabili la societățile de asigurare din cauza bolilor venerice erau o cincime. Anul 1938, dă o cifră de incapabili din cauza bolilor venerice de 8034. Din acest număr 2266 erau cazuri de sifilis, 737 de tabes și paralizie progr. și 5031 de blenoragie și alte boli venerice. Din totalul incapacităților, cele produse de boli venerice se ridicau la 22%. Peste tot predomină sexul masculin. Durata incapacității a fost de 56,2 zile pentru sifilis (bărbați) și 56,6 (femei). Pentru blenoragie de 50,5 zile (femei) și 34,0 (bărbați). Dacă blenoragia predomină în incapacitate atunci în ceea ce privește invaliditatea, importanța cea mai mare revine sifilisului. Autorul dă apoi foarte interesante tabele de procentaj care cuprind problema sub raport de vârstă, durată de tratament, plată de rente pentru văduve etc.

Sifilisul în statistica totală a mortalității pe anii 1932—1938. (Die Syphilis in der amtlichen Todesursachenstatistik 1932—1938) de *Dr. H. Gottschalk*.

De unde în statisticile vechi se făcea greșala de a vorbi și categorisi ca boli diferite sau înglobate la alte sisteme de organe tabes (la bolile sistemului nervos), sifilisul (boli parazitare), apoplexia (boli ale aparatului circulator, când acestea de foarte deseori este de natură specifică), în noul program de statistică ale cărui date se așteaptă pentru anul 1945 sifilisul cuprinde următoarele grupe ca aparținându-i propriu: a) tabes dorsal, b) paralizie progresivă, c) anevrisme aortice și d) alte forme de sifilis. Statistica pe care o dă autorul pentru anii 1932 până la 1938 se conduce după vechea clasificare. În anul 1938 s'a observat pe un număr de 487 bărbați și 233 femei, că în 720 de cazuri moartea a fost cauzată prin apoplexie prin hemoragie craniană specifică. Din 1932—1938 au decedat în Germania datorită sifilisului 5277 persoane. Dintre acestea 2226 (43%) cu sifilis, 2136 (40%) cu paralizie progresivă și 915 (17%) cu tabes. Numărul morților în Germania în anul 1938 este de 799 230, dintre care 5121 decedați din cauza sifilisului. În ceea ce privește sexul, dintre aceștia 3107 (61%) au fost bărbați și 2004 (39%) femei. Ca vârstă medie pentru mortalitate autorul ia 37 ani și 75 ani. Luat pe boli vârstă de 51 ani pentru P. G. P., 54 ani pentru sifilis și 59 ani pentru tabes dorsal. Articolul cuprinde tabele foarte explicite referitoare la toate aceste date.

Furunculoză în campanie și tratamentul ei. De *Dr. F. Păunescu*. (Mișc. Med. Rom., An. XV. Nr. 9—10, pag. 545—547).

Autorul este impresionat de un număr foarte mare de cazuri de furunculoză apărute la o unitate operativă, boală care aducea cu sine un grad oarecare de impotență funcțională. Drept cauze autorul invocă: căldura, transpirația, praful, oboseala, insuficiența alimentară, igiena defectuoasă etc. Pe câmpul de luptă recuperarea cea mai rapidă fiind cea mai fericită, autorul recomandă în aceste cazuri sulfamidoterapia per os și autohemoterapia sulfamidică (zilnic 10 cc. sânge propriu), plus badijonarea locală de 3 ori pe zi, cu o soluție alcoolică de 5% sulfamide. Autorul susține că puterea bactericidă a sângelui se mărește prin sulfamide.

Abces intraocular gonococic în cursul unei conjunctivite gonococice a noului născut. De *Dr. V. Săbădeanu*. (Mișc. Med. Rom., An. XV. Nr. 9—10, pag. 573—575).

Autorul subliniază că la noul născut cu conjunctivită bleonoragică, cu excepția leziunilor corneene, celelalte complicațiuni sunt foarte rare. În cele ce urmează autorul dă foaia de observație a unui caz personal, în care în cursul unei conjunctivite gonococice la un nou născut, apare un abces intraocular cu deschidere ulterioară sub conjunctiva bulbară. Consecințele acestei complicații au fost atrofia rapidă a globului. Cazul publicat de autor este interesant prin raritatea lui.

Sifilisul în folclorul medical. Conf. *Dr. A. Voina*. (Mișc. Med. Rom., An. XV. Nr. 9—10, pag. 585—592).

Într'un articol foarte interesant autorul aduce contribuțiuni noi în cunoașterea sifilisului în lumina folclorului medical. În credințele populare apariția eflorescențelor cutanate la sugari este considerată ca o curățire a sângelui. Făcând un scurt istoric al sifilisului adus de Columb și răspândit de armatele lui Carol al 8-lea (1494), armate în ale căror rânduri au luptat și călăreți români, care veniți acasă au adus boala și pe plaiurile noastre, autorul enumeră nenumăratele sinonime ale sifilisului: ciuma venerică, scabies hispanica, morbus gallicus, lues (pacoste), franț, frent, sfrinție, buzărie, șuiu, cel-pieritul etc. La noi cele dintâi mențiuni despre sifilis le face doctorul V. Krauss din Brașov la anul 1500, într-o scrisoare adresată umanistului Conrad Celtes, în care îi aduce acestuia la cunoștință că „la noi sifilisul de abia acum a început să bântuie”. În ceea ce privește tratamentul, baza teraputice populare o reprezintă fumurile, în Banat „smiciura”, în Putna coaja de stejar, în Ialomița untura de iepure, în Durostor bălăgarul de bivoli. Pe cale bucală se iau pilule de mercur, făcute cu mămăligă sau miez de pâine. Alte vegetale întrebuițate în tratamentul empiric al sifilisului sunt: senecio vulgaris, crataegus monogyna, lappa major, calamus draco, lucanus cervus etc. Fumurile se fac din șoricioaică amestecată cu tămâie. Șoricioaică este acidul arsenios (deci arsenicul lui Ehrlich) și utilizarea lui reprezintă o senzațională achiziție terapeutică dela începutul secolului al 20-lea. Astfel tratamentul descoperit de marele Ehrlich „își are precursorii săi anonimi și geniali pe plaiurile Olteniei”.

Dr. Emil I. Bologa

Note și informațiuni

Inscrierea în anul I la Facultatea de Medicină Cluj-Sibiu

Inscrierea candidaților pentru examenul de admitere se face între 20—31 August 1943. Cererile se adresează Decanatului și se vor anexa în original următoarele acte: a) extras de naștere, b) certificat de naționalitate și origine etnică, c) certificat cazier eliberat de Tribunalul respectiv, d) diploma de bacalaureat, e) constatământul părinților sau tutorelui când candidatul este minor (dat în fața notarului public sau judecătorilor), f) certificat medical eliberat de Dispensarul studențesc Sibiu, g) curriculum vitae (autobiografia) și adresa exactă din Sibiu a studentului și a părinților, h) 4 fotografii, i) certificat de satisfacere a muncii de război, j) adeverință P. P. galbenă. Se percepe dela fiecare candidat o taxă de înscriere și de examen de 500 Lei, pentru vizita medicală 200 Lei.

Examenul de admitere se ține între 1—15 Sept 1943 și el constă din următoarele materii, prevăzute în programul analitic al cursului superior de liceu și anume: Fizico-chimie, Zoologie, Anatomia și Fiziologia omului, Biologie, și va consta din câte o probă scrisă la fiecare din materiile mai sus amintite. Media de admitibilitate este de cel puțin 6 (șase).

Inscrierile în Facultate a celor reușiți până la completarea locurilor vacante se fac între 15—20 Sept. 1943. Taxele de înscriere sunt: taxă de Universitate 3000 Lei, taxă de Facultate 3600 Lei și se achită integral la înscriere. Scutirile de taxe și burse se acordă în conformitate cu legile în vigoare.

Decrete, deciziuni

În Monitorul Oficial Nr. 144 din 24 Iunie 1943, s'a publicat concurs pentru ocuparea locurilor

vacante de farmacii, ce va începe în ziua de 28 Iulie 1943, la București, localul Min. Sănătății.

In Monitorul Oficial Nr. 148 din 29 Iunie 1943, s'a publicat Decizia Nr. 22171, prin care se acordă dela 1 Aprilie 1943, primă de reședință medicilor de circumscripție.

In Monitorul Oficial Nr. 149 din 30 Iunie 1943, s'a publicat Decretul-Lege Nr. 1714 cu următoarea mișcare în personalul tehnic:

Dr. Hossu Traian, fost medic legist se reprimește în serviciu în postul de medic legist al Tribunalului Beluș, jud. Bihor.

Dr. Bob Vasile, medic al circ. Clăpăni, jud. Cluj-Turda, se transferă definitiv după cerere în postul de medic al circ. Micăsasa, jud. Târnava Mică.

Dr. Rusu Emil, medic definitiv al circ. Ineu, jud. Arad, se transferă definitiv după cerere, în postul de medic al circ. Curtici același județ.

D-na Dr. Stoian Györfy Marla, medic al circ. Săcel, jud. Târnava Mare, se transferă definitiv după cerere în postul de medic al circ. Racoșul de Jos același județ.

Dr. Scorpan Aurelian, medic definitiv al circ. Doștat, jud. Sibiu, se transferă după cerere în postul de medic al orașului Herța-Dorohol.

Următorii medici stagiați de circ. împlinind stagiul cerut de lege și având propuneri favorabile din partea Insp. generale sanitare respective se confirmă definitiv în posturile ce ocupă:

Dr. Armeanu Virgil, medic al circ. Alămor, jud. Sibiu; Dr. Băltoiu Traian, medic al circ. Siliștea, jud. Arad; Dr. Bucur Iacob, medic al circ. Sărmășel Gară,

jud. Cluj-Turda; Dr. Teodor David, medic al circ. Socol, jud. Caraș.

Prin Decizia Min. publicată în Mon. Oficial Nr. 152 din 3 Iulie 1943, D-l Dr. Șerban Oprișescu, medic primar definitiv al serviciului de consultații de tuberculoză dela spitalul „Gh. Mărzescu” Brașov, se transferă provizoriu pe ziua de 1 Iulie 1943 în postul de medic primar al spitalului de boli pulmonare din Brașov, fiind delegat totodată a îndeplini funcția de director al spitalului.

Prin Decizia Min. Sănătății Nr. 18.953/1943, publicată în Mon. Of. Nr. 154 din 6 Iulie 1943, se acordă din fondurile sanitare județene prime de activitate și merite excepționale medicilor și funcționarilor care au desfășurat o activitate deosebită.

In Monitorul Oficial Nr. 156 din 8 Iulie 1943, s'a publicat vacant postul de medic al circ. Moeclul de jos, jud. Brașov.

In Monitorul Oficial Nr. 162 din 14 Iulie 1943, se publică vacant postul de medic primar radiolog la spitalul din Lugoj.

Prin Decretul Nr. 1987 publicat în Mon. Of. Nr. 166 din 19 Iulie 1943, D-l Dr. Cosma Ioan, actual medic primar definitiv al jud. Sibiu, se numește definitiv în postul de Inspector general sanitar și de ocrotire pe lângă Inspectoratul general sanitar și de ocrotire regional Sibiu, pe baza concursului depus.

S'a stins din viață Dr. Valer Ostatea, medic pensionar, fost medic de circumscripție al Municipiului Cluj, în vârstă de 65 ani.

† Dr. Ioan Pintican

1892—1943

Într-o zi frumoasă de Mai, s'a stins la Turda o făclie, ce și în amarul refugiu s'a îndârjit, să stea de veghe la hotarul de apus al țării sale. Precum ca tânăr al generației, ce a făurit noi hotare, într-o mână cu arma, într'alta cu cartea și acum ca bărbat întreg a voit să fie pe granița, pe care aștepta cu atâta foc să fie împlinsă pe vechea și dreapta ei linie. La Turda a rămas făclie de veghe, pregătit pentru ziua cea mare, pe care n'a avut norocul s'o mai vadă. Nemiloasele Parce au tălat firul unei vieți, de care țara aceasta ar mai fi avut mult timp încă nevoie. S'a stins un om integru, un coleg splendid, o minte clară, un caracter de bronz, un cavalier cum rar întâlnești. Avea totdeauna o atitudine de aristocrat, o noblete sufletească, care îl făcea atât de iubit și atrăgător. A încremenit pe fața lui brăzdată de durere veșnicul lui zămbet de bonom. Cu inima lui blândă, cu vocea lui plăcută, câte dureri sufletești va fi risipit, iar mâna lui mălastră câte vieți va fi salvat și

câte boli va fi vindecat? Il plâng atâtea serii de femei, cărora el le-a redat sănătatea și le-a salvat viața. Il plângem noi atâți colegi și prieteni, care l-am iubit ca pe un frate, îl plânge iubita lui soție și scumpul lui urmaș Liviu, stud. anul III la medicină, pentru care ardea de dorul, să-l vadă terminat. Te-ai dus frate Ioane dintre noi, răpus de boala nemiloasă, al cărei germen l-ai purtat în trupul tău ca moștenire dela scumpa-ți mamă, care tot la vârstă relativ tânără a murit, roasă de neînduplecata boală a cancerului.

Dr. Ioan Pintican s'a născut la 18 Noembrie 1892 în comuna Frunzeni, jud. Mureș, azi în Ardealul cedat, din vrednici țărani fruntași ai comunei. Liceul l-a făcut până la clasa VII în Blaj, apoi la Liceul Șaguna din Brașov, unde a dat bacalaureatul în vara anului 1912. Studiile universitare le-a început la Facultatea unguerească de Medicină din Cluj, iar în anul 1914 a fost mobilizat la Reg. 63 Inf. Bistrița, de unde trimis pe

frontul rusesc din Galiția în fruntea unei echipe de brancardieri, a căzut prizonier la ruși. În captivitatea rusească în anul 1917 s-a înscris între cei din tinerii entuziaști în Legiunea română de voluntari, pentru a



† Dr. IOAN PINTICAN

se lupta în contra oprimatorilor neamului său de pe atunci. Întors în Moldova se înrolează în armata română, unde pentru serviciile aduse, patria recunoscătoare îl decorează cu Ordinul Ferdinand cu spade. Demobilizat își reîncepe studiile întrerupte la Facultatea din Cluj, de astădată însă Facultatea era românească. După ce promovează doctor în medicină, este numit asistent pe lângă catedra de medicină legală. După ce părăsește

Clujul, este numit medic secundar la Spitalul din Târgul Mureș, iar după ce face studii de specialitate la Viena, Paris și München, este numit medic primar al serv. de Gynecologie și Obstetrică al Spitalului din Tg. Mureș și director al școlii de moașe de acolo. În decursul acestui război a fost de mai multe ori mobilizat, ridicat fiind la gradul de medic major. Pentru activitatea lui bogată medico-socială a fost decorat cu ordinele Coroana României în grad de ofițer și Steaua României în grad de cavaler.

L-am întâlnit mai întâi pe băncile clasei a cincea a liceului din Blaj acolo, unde se întâlnea floarea tineretului ardelean pe vremea apăsătoarelor stăpâniri maghiare. Era copil blajin, bun, calm, silitor la carte — căci era printre cei aleși ai clasei, apoi am continuat împreună la Facultatea de medicină din Cluj, unde el s'a remarcat ca și mai serios și mai silitor. În școlile Blajului s'a format caracterul lui drept, cinstit și deschis. Totdeauna gata să aplaneze diferențele dintre colegi și niciodată băgat în cauză. El era veșnicul împăciuitoare. Nu te puteai apropia de el, cu o cerere, să nu o împlinească. Inima lui se topea și urechea lui totdeauna se apleca înțeleghătoare spre a asculta durerile, ori de unde ar fi venit ele.

Pentru sine aspru judecător, iar pentru alții era peste măsură de milos și îngăduitor. Așa a fost de copil, așa a rămas și la vârsta bărbăției. Iată enigma, care l-a făcut pe acest coleg și om atât de iubit de toți, care l-au cunoscut. Te-ai dus fizicește, dar tu trăiești în veci printre noi, căci nu pieri cel bun, cel mult se depărtează în timp și spațiu, căci binele ce l-a făcut în viață, are ca răsplătă frumoasa cunună a duloaselor amintiri. Fii sigur, că toți care te-au cunoscut îți păstrează o ploasă amintire, iar noi prietenii tăi mai apropiați simțim o adâncă durere, că te-ai dus dintre noi prea de timpuriu.

Dr. George Păcurariu
Sibiu

Reviste de schimb primite la redacție:

1. Din străinătate:

Deutsche Medizinische Wochenschrift: Nr. 11, 12, 13—14, 15—16, 17—18, 19—20, 21—22, 23—24, 25—26/1943.
Wiener Medizinische Wochenschrift: Nr. 12, 13, 14—15, 16—17, 18—19, 20—21, 22—23/1943.
Schweizerische Medizinische Wochenschrift: Nr. 8, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 24, 25, 26/1943.
Wiener Klinische Wochenschrift: Nr. 12, 13—14, 15—16, 17—18, 19—20, 21—22, 23—24, 25—26/1943.
Hippokrates: Nr. 12, 13, 14, 15—16, 17—18, 19—20, 21—22, 23—24/1943.
Der Landarzt: Nr. 11, 12, 13, 15—16, 19—20, 21—22/1943.
Folia Therapeutica: Heft 3 (März), Heft 4 (April), H. 5 (Mai) 1943.
Klinische Wochenschrift: Nr. 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14—15, 16—17, 18—19, 20—21/1943.
Therapie der Gegenwart: Heft 3 (März), Heft 4 (April) 1943.
Fortschritte der Therapie: Heft 2 (Februar), Heft 3 (März) 1943.
Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung: Nr. 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12/1943.
Münchener Medizinische Wochenschrift: Nr. 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14—15, 18—19/1943.
L'arte Obstetrica: Nr. 1/1943.

La Ginecologia: Nr. 1, 2, 3, 4/1943.

La Clinica Ostetrica e Ginecologica: Nr. 2, 3/1943.

2. Din țară:

România Medicală: Nr. 7, 8, 9, 11, 12/1943.
Revista Științelor Oto-Rino-Laringologice: 1 Ian.—1 Aprilie 1943.
Spitalul: Nr. 3, 4/1943.
Buletin Eugenic și Biopolitic: Nr. 3—4, 5—6/1943.
Buletinul Demografic al României: Nr. 7 (Iulie) 1942.
Bulletin et Mémoires de la Société Médicale: Nr. 10 (Decembrie) 1942 și Nr. 1—2 (Ianuarie—Februarie) 1943.
Analele Educației Fizice: Nr. 1—2, 3—4/1942.
Revista de Igienă Socială: Nr. 1—3 (Ianuarie—Februarie) 1943.
Revista Spitalelor: Ianuarie—Februarie, Mai—Iunie 1943.
Acta Endocrinologica: Nr. 4 (Oct.—Dec.) 1942, 1 (Ian.—Martie) 1943.
Mișcarea Medicală Română: Nr. 3—4, 5—6/1943.
Revista Științelor Medicale: Nr. 1—2 (Ianuarie—Februarie) 1943.
Revista Științifică „V. Adamachi”: Nr. Ianuarie—Martie 1943.
Revista Română de Urologie: Nr. 5—6 (Sept.—Dec.) 1942.
Revista Română de Oto-Rino-Laringologie: Nr. 1 (Ian.—Martie) 1943.
Bucovina Medicală: Nr. 1—2, 3—4/1943.

Intrebuintati zilnic:

PACYL

contra Hypertensiunii

Coborîrea moderată a Tensiunii Arteriale ridicate.
Potolirea spasmelor vasculare.
Îmbunătățirea, pe cale bucală, a indispozițiilor subiective.

DIWAG

CHEMISCHE FABRIKEN A.G., BERLIN-WAIDMANNSLUST

Pentru mostre și prospecte adresați-vă:

Odol S. A. R. București, Str. Apostol Margarit 22

SYMPATOL

PENTRU INIMĂ ȘI CIRCULAȚIE

Indicațiuni:

Slăbiciune vasculară cu tensiune sanguină scăzută:

Convalescență - Hipotonie - Sarcină - Turburările bătrâneții

Vătămare generală a circulației:

Gripă - Difterie - Tuberculoză - Febră tifoidă - Pneumonie

Colapsuri grele:

Operațiuni - Nașteri - Hemoragii - Șoc

Forme de comerț: lichid 10% și fiole à 0,06 gr.

Reprezentanți:
"Transmare" S.A.R. de Import și Export
Str. Nicolae Goleșcu 45, București III



PARAZITOZE
SPIRILOZE

Stovarsol

ACID OXIACETILAMINOFENILARSINIC

AMIBIAZĂ
CRONICĂ

ENTEROCOLITĂ
POST-DISENTERICĂ
LAMBLIAZĂ

SIFILIS PIAN
FEBRE RECURENTE
ULCER FAGEDENIC

ODETTE
ZÉAU

MEDICAȚIE EUTROFICĂ REGLOBULIZANTĂ

Comprimete dorate la
0 gr. 01 - 0 gr. 05 - 0 gr. 25

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA MARQUES POULENC FRÈRES
ET USINES DU RHÔNE
21, RUE JEAN GOUJON - PARIS (8^e)

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXIII

SIBIUL MEDICAL

Anul VIII

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICA

Anul VI

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Organ Oficial al Facultății de Medicină din Cluj-Sibiu, Societății Științelor Medicale din Cluj-Sibiu
Inspectoratului General Sanitar Sibiu și al Colegiilor Medicilor din Inspectoratul General Sanitar Sibiu

COMITETUL DE REDACȚIE:

Prof. Dr. I. Aleman, Prof. Dr. V. Baroni, Prof. Dr. Gr. Benetato, Prof. Dr. V. Bologa, Prof. Dr. Gh. Buzoianu, Prof. Dr. C. Crișan, Dr. I. Cosma, Prof. Dr. L. Daniello, Dr. I. Fabritius, Doc. Dr. O. Filipescu, Prof. Dr. I. Goia, Prof. Dr. C. Grigoriu, Prof. Dr. M. Hângănuș, Prof. Dr. I. Hațieganu, Dr. L. Ionașiu, Prof. Dr. M. Kernbach, Prof. Dr. I. Manta, M. Manta, Dr. C. Manta, Prof. Dr. D. Michail, Prof. Dr. I. Moldovan, Prof. Dr. D. Negru, Prof. Dr. V. Papilian, Prof. Dr. Al. Pop, Prof. Dr. R. Popa, Prof. Dr. Gh. Popoviciu, Conf. Dr. Tr. Popovici, Dr. A. Popu, Dr. Gh. Preda, Prof. Dr. S. Secăreanu, Prof. Dr. I. Stoichiția, Prof. Dr. M. Sturza, Dr. I. Sturza, Prof. Dr. C. Tătaru, Prof. Dr. E. Țeposu, Prof. Dr. C. Urechia, Dr. L. Ursu, Prof. Dr. T. Vasiliu, Prof. Dr. C. Velluda.

DIRECTOR:

Conf. Dr. I. GAVRILĂ

**REDACȚIA
ȘI ADMINISTRAȚIA**

Clinica ginecologică și
obstetricală Cluj-Sibiu,
str. Haller Nr. 1

Telefon 45

Chimioterapia perorală a blenoragiei se face prin

ALBUCID

simplu:

4 ori zilnic câte 2-3 tablete după masă

cu succes:

cota vindecării se urcă la cca 90 %

scurt:

durata tratamentului este de 4-5 zile

*nevătămător:**

Din zeci de mii de cazuri nu s'a observat
ni ci-o vătămare

* Desintoxicația care precedă parțial în corp, prin acetilizare la alte sulfonamide la Albucid aceasta este anticipată. Totuși acetilizarea la Albucid este asfel executată încât, în contrast cu combinația inactivă acetică ce ia naștere în corp, s'a obținut un preparat cu acțiune terapeutică simțitor mărită.

Ambalaje originale:

Tuburi cu 20 tablete conținând 0,5 g

Ambalaje pentru clinică cu 500 tablete

Albucid pentru injecții:

Cutie cu 5 fiole de 5 cmc.



S C H E R I N G A. G. B E R L I N

CODERE București, Str. Clémenceau Nr. 6

Tel.: 3.58.03 - 3.58.04 - 3.58.05



La tuse intensă

Cardiazol-Dicodid- picături

Flacoane à 10 gr.



Dozare: sugari primesc de 2-3 ori pe zi 1-5 picături; copii mai mari de 3 ori pe zi 5-10 picături; adulți de 2-3 ori pe zi 15-20 picături.

KNOLL A.-G., Fabrici chimice, LUDWIGSHAFEN PE RIN

Knoll S.A.R., Str. Atena 29, București 3.



D. D. Medici sunt anunțați pe această cale, că am pus în vânzare noul produs

ANTISCORBIN

Ultima expresie a științei în prepararea produselor de vitamină „C.” (L-Ascorbinat de Sodiu), — Produs ce înlocuește, cu efecte superioare, produsul nostru anterior ASCORBIN.

Binevoiți a reține, deci, denumirea

ANTISCORBIN

Pentru formele :

a) INJEȚII (L-Ascorbinat de Sodiu) : 0,05/1 cmc — cutia cu 10 fiole

0,10/2 ” ” ” 5 ”

0,50/5 ” ” ” 3 ”

b) TABLETE (Acid Ascorbic) : Tubul cu 12 Tablete 0,05 gr.

Fabrica HYGEA-CLUJ S. A. R., București

Splaiul Unirii 127

Telefon 4—22—44

PARAGEN

Antibacterian,
antitoxic,
mărind rezistența

Indicațiuni:

Reumatism infecțios
în special reumatismul articular acut,
stările reumatoide acute și cronice exacerbante.
Stările septică,
terapia adjuvantă a infecțiilor toxice,
ca difteria, scarlatina ș. a.
Bolile alergice

Cutii cu 1, 3, 5 și 50 fiole a 2 cmc.

„BEHRINGWERKE“



LEVERKUSEN

Reprezentanța generală pentru România:

„ROMIGEFA“ S. A. R. București, Str. Brezoianu 53

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXIV

SIBIUL MEDICAL

Anul IX

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICA

Anul VII

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

SUMARUL:

Problema axiologică a medicinei curative:

M. Kernbach : Dreptul de a vindeca în cadrul teoriilor patologice Pag. 359

Revistă generală:

Prof. Dr. Gh. Popoviciu : Vitaminele și sănătatea copilului " 366

Articole științifice :

Ion Macavei : Considerațiuni asupra tromboflebitelor de efort ale membrilor superioare " 369

O. Fodor : Bradicardia în nefritele acute " 376

Dr. I. Ardelean și Dr. P. Radu : Analiza clinică a pneumoniilor în legătură cu etiologia lor
pneumococică tip specifică " 380

Dr. Faur Aron : Reumatismul articular enteric " 383

Dr. Maxim Păunescu : O complicațiune rară în lăuzie ; piosalpinx perforat " 387

Activitatea Instituțiilor sanitare :

Dr. N. Comșa : Activitatea Subcentrului Antirabic Sibiu — 1939—1942 " 388

Medicină de războiu:

Dr. Ovidiu Magda : Considerațiuni asupra organizării și funcționării Spitalelor de campanie în
zona de operații " 394

Probleme terapeutice :

Conf. Dr. I. Gavrilă : Sulfapiridina (gonopneumocidul) în tratamentul dizenteriei bacilare și a
colitelor dizenteriforme " 401

Societăți medicale " 404

Note și informațiuni:

Decrete și Deciziuni " 406

BIOLACTYL

PREZENTARE: 1. Cultură lichidă (cutii cu 2 și 6 flacoane de câte 60 gr.)
2. Cultură uscată (tuburi cu 30 și 60 comprimate).

Indicațiuni Principale

Putrefacțiile intestinale și auto-intoxicațiile secundare

Toate enteritele, diareile infecțioase, tiflitele, peritiflitele și apendicitele cronice sau sub-acute, disenteria, parazitoze intestinale, dermatozele cu punct de plecare intestinal (eczemă, prurigo, urticarie scrofulus), turburări nervoase prin auto-intoxicații, amețeli, (migrene, insomnii, dureri de cap), etc., și în sfârșit colibacilozele.

Indicațiuni Secundare

Afecțiuni ginecologice:

Vaginite, scurgeri purulente (chiar în timpul sarcinei), plăgi infectate vulvare, vaginale sau cervicale, în lehuzie sau nașteri grele. - Bulionul lactic se prepară imediat înainte de întrebuințare, amestecând cultura lichidă cu lactoză.

Afecțiuni urologice: În cistite; instilațiuni cu BIOLACTYL.

Tratamentul plăgilor: În pansamente umede BIOLACTYL are o remarcabilă acțiune bactericidă și cicatrizantă.

Modul de întrebuințare:

CULTURA LICHIDĂ: Doza mijlocie, un flacon pe zi (câte ½ flacon înaintea celor două mese principale). **CULTURA USCATĂ:** 4—8 comprimate pe zi. Este recomandabil a se lua cu o bucată de zahăr sau **apă zaharată**, deoarece astfel dezvoltarea intra-intestinală a acidului lactic născând este considerabil favorizată.

LABORATOIRES FOURNIER FRÈRES — PARIS

Eșantioane și Literatură:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEȚIA” S. A. R.

103, Strada Toamnei, BUCUREȘTI III. Telefon 13815

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXIV

SIBIUL MEDICAL

Anul IX

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VII

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Problema axiologică a medicinei curative

Dreptul de a vindeca în cadrul teoriilor patologice^{*)}

de

M. Kernbach

I

Gânditorii contemporani ai medicinei de pretutindeni, prepară organizarea ei dogmatică. Din haosul analitic în care ea se găsește, se tinde a se extrage firul conducător, axa diriguitoare a unui nou crez medical. Această strădanie este valabilă atât pentru medicina în general, cât și pentru sectoarele ei diferite. Coordonatele acestora nu vor întârzia a se reliefa.

Pentru medicina curativă, dreptul de a vindeca constituie una din aceste coordonate. Într-un studiu anterior fixasem imaginea acestui drept în lumina concepției Statului modern (1). El cerea să fie adâncit, analizat sub toate aspectele lui. Noțiunea de a vindeca o boală, implicit solicita cunoașterea mai de aproape a noțiunii „boală”. Ce este boala? Care este mecanismul ei intim? Tehnica vindecării presupune cunoașterea mai întâi a procesului morbid și mai apoi cunoașterea căilor ce duc spre vindecare. De la *teoria bolii*, în mod natural ajungem la *teoria vindecării*. Reconstrucția dreptului de a vindeca își va găsi aici noul izvoare pentru fixarea limitelor și a mijloacelor lui de realizare. Se va verifica în același timp, admiterea lui sub concepții diferite, în marea majoritate a țărilor. Dreptul de a vindeca s'a impus spontan și natural în lupta milenară a omenirii contra durerii și a suferinței fizice. Azi suntem obligați a revizui fundamentale reale ale acestui drept. Dreptul pozitiv implică cunoașterea precisă a faptelor pe care el se sprijină și anume: ce vindecăm — adică ce este boala — și cum vindecăm — adică ideea sau idelle ce stăpânesc arta și știința vindecării. Din momentul în care se va putea arăta țara

și stabilitatea cunoștințelor noastre asupra bolii, conturarea ei, principiile călăuzitoare ale gândirii medicale, pentru ca în fine să se arate și țara principiilor diriguitoare asupra teoriei vindecării, dreptul de a vindeca își va fixa principiile lui fundamentale abia atunci, oferind jurisprudenței noul posibilități pentru o considerațiune mai documentată.

În studiul de față ne vom limita la teoria bolii, rămânând să prezentăm ulterior teoria vindecării.

1. Doctrină, teorii și definiții în patologie

Epoca explorărilor tehnice n'a înlesnit numai adunarea de fapte și amănunte experimentale. Ea a prilejuit cercetărilor clădirea și a unor teorii sau concepții asupra bolii.

În cercurile latrosofice contemporane, necesitatea unei concepții unitare și clare asupra procesului morbid, se evidențiază ca una dintre preocupările cele mai asidue. „Este necesar să existe o bază generală a concepției de boală pe care să se edifice și să se lămurească esența năzuințelor de vindecare” (2). Ea constituie azi problema axiologică a medicinei curative. Belșugul teoriilor și definițiilor în patologie va ilustra cu prisosință nesiguranța și necesitatea atât de imperios simțită în căutarea unei idei centrale, diriguitoare. De felul cum va fi concepută boala va depinde atitudinea terapeutică hotărâtă față de ea. Nesiguranța din terapie nu este decât expresiunea fidelă a nesiguranței patologiei, care a fost și este inundată continuu de noul teorii, încoditoare cele mai multe din ele de noul terapiei. Una și aceeași boală își găsește explicații pato-

^{*)} Materialul acestui studiu a format obiectul a două conferințe ținute în cadrul Societății Științelor Medicale și intitulate: Doctrină, teorii și definiții în patologie.

genetice și terapii diferite, multe din ele antagoniste, excluzându-se reciproc. Ca un exemplu mai tipic e ulcerul gastro-duodenal sau astmul-bronșic: câte patologii, tot atâtea terapii. Se vor invoca etiologiile multiple și diversitatea indivizilor bolnavi. Acestea însă nu explică totul, căci oricare din terapii aplicate asupra unuia și aceluiși individ, au efecte. Dar ele sunt numai trecătoare. Boala își revine în perioadele ei recidivante, pe care nu le putem preveni de cele mai multe ori.

Din studiile și publicațiile recente, se reliefează efortul științienților, de a înălța din roadele utile și prețioase ale analiticilor, o idee unitară, spre elaborarea fundamentului patologiei generale. Dogma morfologică, căreia i s'a infuzat în ultimele decenii doctrina fiziologică și psihologică, peste care s'au suprapus și stratificat teoria psiho-socială, moleculară, a permeabilității intercitopatologică, biologică, naturalistă, humoristă, ereditară, patometereologică, precum nenumărate și nesfârșite definiții, impune o revizuire și o selecție. Sinteza în acțiunea ei sinergică, e singura chemată a fixa punctele de sprijin și a orândui principiile de bază ale patologiei moderne. În locul haosului de antiteze, se tinde a se pătrunde în procesul intim al bolilor, spre a putea da bolnavilor siguranță, statornicie și înțelepciune, când ei apelează la ministerul medicinei. Se năzuiește spre o mai mare armonie între teorie și practică, spre valori ce-și sorb necontenit existența lor, din principii zidite pe efortul comun al tuturor ce s'au dăruit prin explorarea dezinteresată ființei comune: prevenire, vindecare, alinare.

Medicina modernă, fie ea în facultăți, fie în practica curentă, s'a declarat nesatisfăcută de *patologia celulară*. De două decenii și mai bine s'a tot anunțat criza ei. De peste un veac, opera celor trei citori ai morfologiei — Morgagni-Schwann-Virchow — cristallizează dogma, poate unică a patologiei și a medicinei de pretutindeni. „Fiecare turburare are un început anatomic, un loc” e soluția dată de Virchow și punctul de plecare al ideii localiste și solidiste în patologii. Ea s'a perpetuat contra prevederilor cititorului. Ea reprezintă latura cea mai comodă și cea mai ușor de explorat. Virchow în toată opera sa, revizuită azi în lumina tendințelor de unitate, nu a fost de sigur „un anchilozat, localist, solidar-patolog”. El a văzut în boală turburarea funcțională complexă a individului, deci avea o privire generală, iar dispoziția generală o lega de biologia persoanei” (3). „El a fost un gânditor armonic” (4). Opera lui a fost unilaterial dezvoltată, creându-se „Virchowismul”, similar „Pasteurismul”, care a crezut exclusiv și unilaterial în microb, ignorând terenul, iar Virchowismul în „boala moartă”, ignorând fazele vii premergătoare.

Anatomia patologică a adus, incontestabil, reale servicii medicinei. Din sferile ei filosofice medicina se

asează pe baze solide, acordându-i favorul de a se înscrie între științele naturale. Ea însă s'a legat dincolo de epoca materialistă a veacului, a mers prea departe de ea. Medicul nu mai găsea și foarte adesea nu mai găsește nici azi boala decât acolo unde o vedea și o vede. *Gândirea morfologică* legată exclusiv de simțul vederii, de modificările de volum, culoare, consistență, într'un cuvânt de toate modificările cantitative și calitative ale unui organ, a creat acea atitudine expectativă a medicului: așteaptă împreună cu bolnavul ca boala, din fazele ei funcționale sau chiar prefuncționale, să ajungă în faza ei anatomică. Medicul a fost învățat să constate boala numai acolo unde simțurile lui o putea palpa, vedea, auzi, mirosi, analiza în tuburile de sticlă sau prin mijlocirea nesfârșitelor aparate și reacțiuni fizice, fizico-chimice sau biologice. E numai aceea care cade direct sub constatarea simțurilor noastre libere sau înarmate cu aparate, cu reactivi: o vedem până în ultima unitate a organismului, în *celulă*. Patologiei celulare îi datorăm politica de „mână încrucișată”. Tot ei îi datorăm, între altele, și excedentul de morbiditate, care crește nestăvilit de mai bine de o jumătate de veac. Tot de ea este legată și atitudinea preponderent *curativă*, care a creat terapia *topică* și *solidistă*. Ea a ținut pe loc terapia generală, psihoterapia, gândirea și acțiunea *preventivă*.

Iată de ce azi, anatomia patologică, împreună cu toate studiile morfologice, sunt socotite ca „accidente”, „etape ale gândirii funcționale” și organismice. Ele formează „materla”, treapta de evoluție a atitudinii funcționale. Nu un scop în sine însuși, ci fundamentul „teoretic” al explorărilor clinice și practice.

Anatomia patologică care credea că va explica totul, a fost depășită. Ea nu a răspuns și nu va răspunde la multe din marele probleme și enigme ale patologiei clinice. Nu are nimic comun cu cele două faze preanatomice ale procesului morbid: faza de predispoziție morbidă și faza funcțională. Ea nu va fi în măsură a înțelege și explica, prin propriile mijloace, tabloul vieții unui organism în boală. Nu ea este în măsură a explica problemele de patologii ale metabolismului intermediar, care aparțin în întregime chimiei fizio-patologice înălțată de funcțiile conducătoare ale organismului, tot așa nici ale fiziopatologiei muncii, ale funcțiilor musculare, ale patologiei termo-regulației și mai presus de toate, ea nu are nimic comun cu patologia sistemului vegetativ, cu psihoneurologia, pe care se fundamentează azi o bază de înțelegere generală, nu numai a procesului morbid, privit unitar, ci a funcționării întregului organism.

Dar de anatomia patologică nu ne putem despărți încă. Nu pentru că ea *trebuie* să constituie unealta de viitor și de imperioasă necesitate a medicinei. Ci pentru că azi ne găsim într'o *stare de necesitate*, într'un

caz fortuit. Medicina trebuie să lupte azi contra bolii moarte. Morbiditatea în forma ei anatomică este imensă și amenințătoare. Medicina e silită să mai aplice terapii organice, de întreținere a adulților, care n'au beneficiat de terapiile preventive, de noua doctrină care va înlocui treptat dogma virchowiană:

Patologia funcțională. Așa cum a crezut odinioară Virchow că fiecare boală are un început anatomic și anume unul celular, de puțin ani se crede că acest început este funcțional: „toate organicele și degenerările încep cu funcționalul” (5—6). Toți bolnavii care odinioară și azi încă foarte mult suferă, dar la care medicii nu le găseau și nu le găsesc nimic „organic” și sunt declarați „cu ceva nervos”, ceva „funcțional”, aparțin tocmai acestor doctrine funcționale. Ea e cîntarea marilor interniști contemporani germani: v. Bergmann, Bürger, Becher, Bohnenkamp, Hellmeyer, Hennig, Hoff, Hülze, Schoen, Sturm, Lücke (38—39). Această nouă doctrină, plină de promisiuni privește procesul morbid unitar psihofizic și constituie platra de hotar a unei noi ere, mai înalte, pentru medicina de mâine. „Trăim sub semnul patogeniei” (7) și al patogenezei.

Fiziologia patologică se ocupă de faza preanatomică a bolii, acordându-i o atenție deosebită și o terapie adecvată pentru a înlătura sau amâna transformarea ei în faza anatomică. Avantajurile acestei patologii față de patologia morfologică, pot fi concretizate astfel:

— Este corelaționistă și vede unitatea organismului, ceea ce morfologia nu va putea realiza nicicând.

— Permite sinteze minore și chiar majore, explicând practic asociația diferitelor procese patologice.

— Permite configurațiunea și explicația unității somatopsihice a bolii, fie că punctul de plecare e psihicul, fie somaticul. Prin aceasta înlesnește crearea unei patologii sintetice somatopsihice.

— Se extinde exclusiv asupra productivității organismului sau a organelor (satisfăcând totodată și ideea social-politică dominatoare).

— Rezolvă marea lacună a patologiei morfologice: identifică și tratează starea preclinică, preanatomică a bolii pe care o premerge aproape întotdeauna.

— Dă semiologiei un dinamism special: Ea nu se va mai limita la simptomatologia pur descriptivă, ci se va extinde asupra mecanismului intim al turburării funcționale a fiecărei funcții în parte și nu va privi simptomul ca un simplu semn de suferință al organului întreg.

— Crează terapia preventivă internă impledând mulți premorbiți de a se îmbolnăvi și suferi îndelung, de cele mai multe ori și iremediabil.

— Înlesnește crearea unei terapii dinamice, care se va putea aplica unei funcții izolate a unui organ și

mai presus de toate, ea duce fără rezerve la terapia generală a organismului, substituind patologia topică a patologiei morfologice.

— Apropo medicina academică de cea naturistă, smulgând pe suferind din neajunsurile supraspecializării, a mecanizării, iar pe medic din credințele excesiv natural-științifice.

— Oferă educațiunii medico-sportive noul metode pentru conducerea și menținerea sănătății.

Fiziologia patologică a ajuns materie de studiu și examen în Facultățile de Medicină germane. Ea este predată de interniști. Acolo este locul ei. La patul bolnavului cu toate atribuțiile lui existențiale. E unul din marile progrese ale medicinei germane contemporane. Să nu întârzlem a ni-l însuși. A ni-l însuși, practic se traduce ca alături de gândirea morfologică să gândim și funcțional: „gândirea funcțională e legată de periodicitatea manifestărilor vitale, de ritmul devenirii și al trecerii, de activitatea latentă și manifestă. Ei i se datoresc și prelucrarea științifică a acestora. Gândirea morfologică nu le-a cunoscut. Factorii lor dinamici sunt azi identificați (2).

Pe marginea acestor două doctrine, una care se îngustează și alta care se extinde, s'a creat o serie de *teorii patologice*, unele din ele cu tendința de a explica patogenetic, altele nozogenetic un grup de afecțiuni, altele dând o explicație *generală* asupra tuturor bolilor.

Sunt în fine teoriile care explică, pe căi diferite, una și aceeași boală. Să le analizăm succesiv.

Teoria patologiei permeabilității (8)

Autorii acestei teorii de fizico-chimie fiziologică, o fundamentează asupra circulației a doua, reprezentată de umorile țesuturilor ce garantează pe de o parte nutriția, pe de altă parte transportul de eliminare al produselor de desagregare metabolică. Circulația acestor lichide este asigurată de două forțe-tensiuni fizice: presiunea coloid-osmotică și diferența de potențial electric între plasma sanguină și țesut. Ele mențin presiunea oncotică asupra capilarelor sanguine. Orice cauză care va duce la egalarea acestor tensiuni, va avea drept consecință suprimarea presiunii oncotice, egalarea cantităților de albumină în plasmă și țesut, destrămarea membranelor capilarelor și ca ultim efect „*inflamația seroasă*”. Procesul dovedit clinic, anatomopatologic și experimental se desfășoară în patru stadii:

1. Alterarea pereților vasculari, dilatarea lumenului și îngroșarea peretelui cu reliefarea spațiilor tisulare, care treptat arată comunicații largi, între membrana capilarelor sanguine și despicăturile țesuturilor.

2. Extravazarea cantităților mari de plasmă cu alterarea parenchimului pe cale mecanică și chimică;

membrana devine permeabilă și pentru hematii (hiperionie).

3. Distrugerea întregului parenchim cu dispariția caracteristicilor lui histologice.

4. Organizarea exudatului cu fenomene de fibroză și inflamație cronică.

Inflamația seroasă se întâlnește în următoarele afecțiuni ale omului: boala serului, insolația (meningita seroasă), arsuri, Beri-Beri, Basedow, sarcină, otrăviri, reumatismul infecțios, hipertonia și scleroză renală malignă, edemul de stază, insuficiența cardiacă, icterul cataral, atrofia acută hepatică, scleroza hepatică, utricula.

Inflamația seroasă îmbracă când un caracter local, când unul general. Cauza eficientă a permeabilității se presupune a fi legată de o toxină, care în infecții, ar rezulta din produsele de dezagregare ale activității microbiene.

Organismul dispune de aparatul limfatic pentru a purifica lichidele tisulare de albumină. Funcția acestui aparat se datorește diferenței de încărcare electrică între sânge, limfă și celule.

În afară de acțiunea organică a depozitului de albumină din țesuturi se produce și o alterațiune chimică a acestora: ele sunt aprovizionate insuficient cu oxigen. Țesuturile în care se depune albumina, impledecă difuzarea oxigenului și ele riscă să moară cu înecul. Suferă fiecare organ, dar mai ales inima, rinichii și creierul. Când țesutul limfatic nu poate elimina depozitul de albumină, exudatul seros devine substanța mamă a țesutului conjunctiv, iar parenchimul organului dispăre. O altă consecință de natură chimică este și retenția de Na.

Din punct de vedere practic, patologia permeabilității duce la *terapia antipermeabilității*. Inflamația seroasă se va preveni și vindeca pe un principiu asemănător utilizat în chimia tăbăcăriei: „adstringenția porozității”. Taninul este folosit în afecțiunile intestinale, preparatele de calciu în afecțiunile organelor parenchimatoase, apoi sunt anteflozisticele etc.

Teoria patologiei moleculare (9)

Pentru moment această teorie se ocupă numai de inflamații.

În organism există următoarele valori constante fizice;

1. Constanta ionică (ioni de H, OH, Na, K, și Ca),
2. Isotonia osmotică (presiunea osmotică),
3. Isotermia (temperatura fixă de 37°),
4. Suma numerică a tuturor părților solvite,
5. Intensitatea de mișcare.

Datorită acestor constante, se menține eucoloiditatea fiziologică a celulei (menținerea stării coloidale a

țesuturilor și umorilor, datorită funcției optime a albuminelor substanțelor vii).

În inflamații, constantele de mai sus sunt grav alterate:

1. Iperionia. Se întâlnește H-iperionie de 50 ori mai mare și OH-iperionie, caracterizată prin acidoza locală.

2. Ipertonia osmotică poate merge până la 11 atmosfere, altele lipsește.

3. Iperpolchilia, este caracterizată prin prezența în umorile tisulare de cantități foarte mari a produselor de dezagregare metabolică, depășind cu mult normalul. Astfel se constată K-iperionie de 10 ori mai mare, tensiunea CO₂ este mărită adesea, iar acidul lactic arată cantități oscilante.

4. Ipertermia este tradusă prin mărirea căldurii chimice și ionică. Toate aceste măriți ale constantelor sunt cuprinse într-un termen comun: hiperplezia umorilor. E o stare de prea plin și reprezintă unitar consecințele unei creșteri a metabolismului local. În fond, totul se reduce la o acidoză a moleculei mari de albumină, despicării ei în altele mai mici și creându-se astfel hiperionia, dezechilibrul între țesuturi și sânge. Odată cu exudatul inflamator sporesc sau sunt staționare: acidoza, tensiunea CO₂, scăderea punctului de congelare, conductibilitatea electrică, conținutul în albumină, azotul rezidual, presiunea oncotică, greutatea specifică și devierea electrolitică.

Din punct de vedere practic, patologia moleculară oferă aplicarea unei terapii *antionice* a inflamațiilor. Aci sunt 2 procese în luptă: pe de o parte arderea metabolică cu tendința de a nimici valorile constante, iar pe de altă parte contra-apărarea făcută de sânge, pentru restabilirea surplusului constantelor. Când supremația o deține arderea metabolică se produce necroza, în caz contrar inflamația trece spre vindecare fără necroză. Două sunt căile de a influența inflamația: 1. să se micșoreze intensitatea arderii metabolice sau 2. să se mărească acțiunea hiperemiei inflamatorii. În primul caz reușim în gradul cel mai eficace prin răcire (chiar cu gheață), în al doilea prin căldură, care ajută procesul de vindecare.

Teoria patologiei intercelulare (10)

Această teorie de natură pur fizico-chimică, localizează boala în substanța intercelulară, socotită ca primă pavăză de apărare a organismului.

În procesul morbid nu cade întâi celula, ci substanța intercelulară. Ea îl localizează în interiorul puterii de regulare a coloidului intercelular, ca o boală pur interstițială cauzată din afară, fără ca celula să fie trasă de ea în stare de suferință. Punerea în libertate a ionului de K și Ca în inflamație, deplasează reacția mediului intercelular în mod antagonist: când acid,

când alcalin. Prin aciditate se produce umflarea fibrelor și a membranei intercelulare, creșterea permeabilității ei, micșorarea elasticității și a puterii de absorbție, prin care se mijlocește trecerea albuminei din capilare și se cauzează desfacerea celulelor încleștate de fibre și membrane. Aceste procese parțiale coloido-chimice se produc și în culturile de țesuturi.

Interctologia și interctopatologia își fundamentează bazele lor pe fizică și chimie. Natura înanimată a substanței intercelulare a fost dovedită și prin culturile de țesuturi.

În afară de organism, în soluție, cu excluderea condițiilor de viață, substanța intercelulară, lipsită de substanța fibrilară și structurile obținute experimental, își păstrează capacitatea ei fiziologică după repopularea cu celule. Materia intercelulară și structura celulei moarte, nu pot fi apreciate decât din punct de vedere fizico-chimic, al valențelor anatomice și al forțelor de coeziune. În materia înanimată a substanței intercelulare și anume în compoziția ei rezidă valorile constante ale mediului intern și nu în celule unde sunt prefaceri permanente, schimburi de materii și forțe. Biochimia viitorului, va construi sinteza între biologia celulară și între fizico-chimia substanței intercelulare, pe care ea astăzi nu le deosebește.

Substanța intercelulară e schelea de construcție a corpului și a organelor, mediul vital și sălaș al celulelor, depozit de materii nutritive, materii de exploatare și lichide, ca mijlocitoare a relațiilor intercelulare și calea de trafic a celulelor. Ea se găsește în continuitate fiziologică cu celula, în unitate de echilibru al acțiunilor de schimb fizic și chimic, statonice în mod diferit. Organizația intercelulară e stăpânită de procese coloido-chimice, electro-motorice și elasto-motorice. Ea posedă și funcția conducătoare a iritației prin sistemul ei fibrilar, în acțiune reciprocă a corelațiilor chimice, mecanice și neurale ale organismului.

Această patologie, după credința autorului, nivelează antitezele între patologia celulară, moleculară și a permeabilității.

Din punct de vedere practic, Huzella ne ilustrează aplicația teoriei sale, în vindecarea rănilor (o explicație micromecanică). Secreția rănilor, conform observației clinice, datelor coloido-chimice și a celor experimental-istologice, e substanța mamă a sistemului fibrilar elementar al țesutului de granulație. Din secreția care conține în soluție materia solvată a fibrelor conjunctive, sub influența electrolitelor, a forțelor de tensiune, se formează iar fibrele. Substanța formatoare de fibre, ce se află în secreția rănilor, trece din mediul acid al tere-nului inflamator al fibrelor conjunctive tumefiate, în soluție și în faza constructivă a cicatrizării, prin orientarea chimică locală și factorii mecanici, participă la

retractarea marginilor rănilor. Aparatul fibrilar e „structura de conducere, prestructura” care servește de populare, de formare a țesutului conjunctiv și osos.

Din punct de vedere practic, interctopatologia mai oferă o explicație istomecanică a bolilor atrofice ale ficatului și o explicație micromecanică și elasto-motorică a proliferației canceroase.

Teoria patologiei umorale (11)

Toate manifestările morbide — prurit, sughit, diareea, vărsăturile, congestiile, emoragiile, paralizile, convulsiile, turburările respiratorii și circulatorii, accidentele comune ale afecțiunilor acute — sunt deslănțute de iritațiile simpatice prin floculatele coloidale ale plasmelor sanguine. Floculatele lucrează mecanic prin frecare asupra terminațiilor firsoarelor simpatice ce aparțin tunelului intern vascular și perturbă astfel profund acțiunea regulatorie a rețelei nervoase simpatice. Precipitatele sunt realizate în infecțiuni (reacțiile de seroprecipitare), în intoxicații, anafilaxii, traumatisme, când se produce un amestec al coloidelor țesuturilor cu coloidale plasmelor. Precipitatele pot explica și șocul traumatic mortal.

Starea coloidală condiționează viața, în timp ce floculația aparține bolii și morții. Când floculatele ating coloidalele cerebrale antrenează moartea lor și distrugerea coloidală constituie însuși baza leziunii organice. Tot floculatele sunt întotdeauna cauzele determinante ale crizelor (astm, epilepsie, ale puseurilor, ale manifestărilor afecțiunilor cronice la care se adaugă sensibilitatea prealabilă organică).

Toate marile enigme ale patologiei, sunt explicate de Lumière prin teoria sa coloidală: 1. Aceeași cauză patogenă produce afecțiuni diferite la unul și același individ (o intoxicație poate produce o criză de astm, o dermatoză, o criză epileptică, turburări intestinale, sindromul basedowian). Invers, aceeași afecțiune poate fi provocată de cauze fără legătură între ele. Astfel astmul poate fi provocat de o intoxicație, infecție, disfuncții organice, efort, traumatisme, antigen-anafilactic și chiar de o emoție; 2. Același procedeu terapeutic are succes în manifestări patologice distincte, fapt ce se datorește dizolvării precipitatelor; 3. Mai multe medicamente reușesc să amendeze sau să vindece același simptom. Aceasta s'ar explica prin faptul că acele medicamente împledecă formarea floculatelor sau atenuează efectele acestora.

Consecința practică a acestei patologii, a adus la *terapia umorală*. Ea se sprijină pe suprimarea factorilor precipitării plasmatice, pe restituiră unei mai mari stabilități a colozilor organici și a unei mai mari rezistențe a acestora față de agenții dezorganizării lor.

Teoria patologiei psihogenetice (12, 13, 14)

Această teorie este mai mult de ordin psihosocial și ea poate fi privită în ordinea ierarhizării fenomenelor, sub trei aspecte.

Majoritatea autorilor arată, că datorită influenței psihice se pot produce în organism trei grade de turburări: turburări funcționale trecătoare, neuroze organice și apoi boli organice de origine psihogenă.

În prima grupă intră acele turburări funcționale datorită emoțiilor violente (furia, frica, rușinea, sau pasiunile). Între aceste turburări sunt citate: hiperglicemia, glicemia tranzitorie, azoturia, mărirea potasiului plasmatic, alcaloza, modificarea ritmului cardiac.

Tot ca efect al emoțiilor puternice mai sunt cunoscute: adrenalismul, hipodisimul, hipersecreția biliei în bucurie, frică și tristețe; oprirea secreției în supărare. Apoi au mai fost descrise poliglobulia și leucocitoza sub emoții în timpul examenelor, scăderea timpului de coagulare a sângelui datorită frigului, furei sau durerii. Decursul bolilor infecțioase sau vindecarea rănilor, este mult mai favorabil în taberele învingătorilor. Metabolismul bazal e influențat defavorabil în timpul emoțiilor neplăcute.

S'a mai constatat, că sentimentele de fericire, de bucurie, veselie, măresc oxidațiile și favorizează asimilarea. Invers, emoțiile deprimante, tristețea măresc potasiul plasmatic și alcaloza umorală. Emoțiile mai lucrează asupra secrețiilor și peristaltismului digestiv, asupra diurezei și a glandelor endocrine. Emoția prelungită și repetată sau violentă intervine în diabet, gușa exoftalmică, icter, boala lui Reynaud, hipertonia esențială, dermatoze (eczema, urticaria, boala lui Quinke, psoriaza), migrene, astm, accidente anafilactice. Din acest punct de vedere pasiunile au fost etichetate ca adevărate „intoxicațiuni” ale organismului și emoția generatoare de antigene sensibilizatoare ale anumitor turburări.

Dela aceste turburări până la neuroză și boli organice de natură psihică, nu sunt decât câteva grade diferite. Bolile organice de origine psihică sunt următoarele (14): Boli de inimă, boli vasculare, meningita seroasă, boli ale pielii, boli ale organelor respiratorii, ale tractusului digestiv, ale vizicel bilare, ale cavității bucale, ale căilor urinare, ale organelor genitale, sexuale, boala lui Basedow, diabetul, boli ale pancreasului, ale suprarenalelor și unele boli infecțioase.

Explicația științifică a transformării unei emoțiuni în neurovegetoză și de aci în organopatie, este următoarea:

1. Funcțiile vegetative sunt accesibile influențelor psihice, tot așa cum acestea din urmă stau sub influența acțiunilor organice. Există o împletire indisolubilă, relații specifice între organe și afectivitate. O influență dintr-o parte produce o reacție de cealaltă

parte. Organele dispun de reacții psihogene, relații simbolice, un dar de exprimare psihică. Există și valente specifice organo-psihice.

2. „Reacțiile psihogene ale organelor se explică printr-o dinamică psihică deosebită”, care în fond nu este decât rezultatul jocului și a contrajocului instinctelor. Reacția psihogenă are loc tocmai la granița dintre conștient și inconștient. De aci trece asupra sistemului vegetativ (neuro-endocrino-umoral), apoi asupra sistemului vascular și se oprește în teritoriul organic predispus. Morbidul zace când în psihic, când în somatic. Procesul morbid e un cerc închis între somă și psihic.

3. Predspozitia sufletească, adică arhitectonica ei, nu atrage numai îmbolnăvirea psihoneurotică, ci și pe cea organică. Se știe azi de ex. că neuroza duce pe introvertit la neurastenii și pe extrovertit la isterie. Tot așa de bine se știe că extrovertitul face mai degrabă o boală a stomacului, iar introvertitul una a ficatului. Structura sintetică a persoanei determină într-un anumit sens îmbolnăvirea noastră somatopsihică.

4. În timpul îmbolnăvirii noastre, fie în somă, fie în psihic, organismul are același fel de a se exprima. Există o comunitate de expresii somato-psihică, datorită valențelor psihice afective specifice a anumitor organe.

Boala organică exteriorizează psihicul așa cum psihicul exteriorizează organicul. Psihicul trage fizicul în temeiurile boalei, iar fizicul dispune de numeroase și variate reacții psihogene.

Pe această teorie s'a creat *psihoterapia*. Ea stimulează facultățile psihice, care la rândul lor atenuează sau vindecă turburarea funcțională sau afecțiunea organică. Se susține, că nicio terapie nu-și poate avea efectul ei favorabil, fără o preparare și întreținere a facultăților sufletești. Am arătat în altă parte relațiile întinse între medicină și psihologie (15).

Patologia în medicina biologică (16—17)

Aci fenomenele fizico-chimice și anatomo-patologice sunt înlocuite, cu fenomenele vitale. Simptomele morbide reprezintă lupta pentru sănătate, răspuns vătămării. Boala e rezultatul continuu al unui fenomen complex totalitar. Rădăcinile fiecei boli zac necurmat în complexul întreg al lumii interne și externe al omului total. La producerea bolii va fi în preponderență unul din factorii coacționali. Cel mai important, este cel eredo-biologic.

În medicina biologică nu se combat simptomele, care sunt reacțiuni ale organismului. Ci din contra, le susținem pe toate în sensul că fenomenele morbide sunt în același timp și tendințele de vindecare: „medicul din interior” (Lieck). „Să ne încredem în rațiunea naturii și a vieții, cu înalta și ascunsă ei guvernare” (18).

Pe această patologie, se va aplica terapia naturistă și homeopatică.

Mediul cel mai corespunzător omului este natura. În restaurarea unității naturale între om și natură, medicina biologică creează ipoteza înlăturării alterațiilor morbidă. Ea este funcționar preventivă. Restaurarea naturii în mediul omenesc stă pe primul plan al terapiei medicinelor biologice.

Patologia în medicina naturistă (19)

Aceasta distinge și controlează nozografic și terapeutic patru entități: alterarea echilibrului, boala, suferința și neuroza.

Echilibrul sănătății este numai atunci, când între datele obiective și starea subiectivă este o concordanță și când nu se contrazice. Autodiagnosticul este dător de ton. Echilibrul este deranjat de noxe interne și externe. Cele interne sunt: inferioritatea organică sau genitală, retențiile și autointoxicațiile. Se acordă o mare importanță retențiilor din țesuturi: acidifierea (acidoza), depozitul de acid uric, de CO_2 din cauza lipsei de Na în alimente, de NaCl (saramura țesuturilor), de xantoproteină, de materii mirositoare.

Noxele interne și externe produc mai întâi dezordine, o amenințare vitală. Așa sunt stările de incubare în bolile acute, incubările metabolice moderate, tensiunea sangvină, guta, reumatismul, turburările endocrine. Acestea constituiesc starea premorbidă care poate dura mulți ani. Ea reprezintă lupta înaltă a organismului, sănătatea în gestație. Prodiagnosticul este hotărâtor pentru terapie și evitarea bolii. Medicina naturistă dispune de o serie de metode în sensul de a depista aceste stări latente, străine medicinelor oficiale.

Dacă nu se aplică aceste metode, ajungem la *boală*. Ea reprezintă suma apărării, calea vindecării, expresiunea autoterapiei, care pleacă de la un autodiagnostic perfect. Este foarte important din punct de vedere terapeutic a diferența la timp boala (nozo), de suferință (patos).

Boala pentru medicina naturistă e suma activităților de apărare, o exteriorizare pozitivă a puterii de vindecare naturală, a barierii înaintea morții. Dacă nu am dispune de posibilitatea de a ne îmbolnăvi, atunci ne-am nimici în urma turburărilor de echilibru. Boala poate să reprezinte puntea de revenire la sănătate deplină, în măsura în care efectul ei depășește echilibrul și-l reface. Boala e calea naturală de vindecare și simptomele sunt cele mai minunate remedii care pot să existe. Ele nu trebuiesc combătute, fiind cea mai mare ofertă pe care natura o pune la dispoziția medicului. Ea apare numai la cel în dezechilibru, nu și la cel sănătos și reprezintă reacția contra prejudiciului, ca singurul mijloc de nivelare și de repunere a ordinii

vitală, după ce mijloacele de egalare fiziologică au fost epuizate. În înțelepciunea naturii omul dispune de mijloace farmaceutice naturale (febră, inflamație, excreție, etc.), cu mult mai eficace decât ale farmacelor artificiale.

Suferința este un refuz al forțelor naturale de vindecare ce se accentuează continuu sau rămâne definitiv. Ea reprezintă lipsa, deficitul, slăbirea, zacerea, infirmitatea, cicatricea, degenerarea sau vindecarea defectuoasă. E o producție defectuoasă organică: ruinare, pipernicie, sedimentare. Sunt suferințe primare și secundare. Cele secundare sunt urmare a bolilor. Fiecare boală are trei modalități de terminare: moartea, vindecarea completă și suferința secundară. Aceasta din urmă se datorește echilibrului stabil între alterare și puterea de apărare. În suferință e un compromis, o vindecare defectuoasă, o moarte parțială, o cicatrizare. E forma ireversibilă. Suferința primară este trecerea directă din alterarea echilibrului. Poate fi congenitală și câștigată. Cea congenitală e de natură morfologică, cea câștigată apare treptat ca o infirmitate, fără o boală premergătoare: avitaminozele, emorolizii, astmul, emfizemul, ciroza hepatică, arterioscleroza.

Neuroza este organică și psihică. Organo-neuroza se traduce prin turburări funcționale în teritoriul unui organ intern sau al unui sistem de organe. Psihoneuroza se manifestă prin turburări în decursul gândirii și a sensibilității. Cele mai importante sunt neuroza de frică, de constrângere, isteria și neurastenia. Orice neuroză, indiferent dacă e vorba de una organică sau psihică, poate fi condiționată corporal sau psihic. Niciodată nu vedem pe ce cale a apărut. Foarte adesea psihoneuroza are izvoare corporale și organoneuroza cauze psihice.

Neuroza condiționată corporal e un dezechilibru fixat. E expresia luptei înșirate, senzația sau manifestarea fazei premorbidă care poate trece spre boală sau suferință, când puterea de apărare a organismului nu este suficientă. De aceea neuroticul trebuie bine îngrijit. Sunt acei numeroși oameni „nervoși”. Cele mai multe boli și suferințe premerg printr-o fază nervoasă. Turburările nervoase sunt semnele de atac ale bolii și suferinței de mai târziu. De aceea ele vor fi deplătate de timpuriu și tratate fundamental.

Neurozele condiționate psihic nasc din conștient sau subconștient. Le vom diagnostica și trata cu metodele psihoanalitice.

Pe aceste principii de fizio-patologie graduată, se organizează *terapia naturistă*. Ea nu gândește cauzal, ci cercetează sensul, semnificația și direcția evenimentului morbid, singurul care orientează atitudinea terapeutică. Ea se sprijină în bună parte pe aer, apă, soare, lumină, alimentație și mișcare.

Teoria patologiei individuale (20)

Ea ne învață în simptomatologie, nozologie și diagnostic, să satisfacem totalitatea persoanei singuratice în evoluția ei particulară, să nu ne lăsăm captivați de noțiunea unei boale fictive, de a rămâne conștienți de relativitatea așa ziselor simptome capitale. Pentru fiecare caz de boală izolat, nu ne vom mulțumi cu datele cârților obișnuite sau cu utilizarea punctelor constituțional-tipologice și nici cu explorarea monocauzală. Procesul morbid, va fi întregit prin însumarea în patologia constelației a lui Tendeloo, a elementelor psihopatologice și social-patologice, a raporturilor de forță dintre factorii ereditari și mediu. Procesul morbid de fiecare dată reprezintă o constelație a unui complex condițional individual, care cere un diagnostic multidimensional și

structural-analitic. Medicina de azi bazată pe anatomie și fiziologie, nu este decât o reprezentare fictivă și schematică a unor norme medii, adică a unor tablouri morbide ideale. Patologia individuală armonizează antiteza dintre diametrele construite și observația reală. Ea combate și schematismul și se ocupă de omul suferind, în ansamblul condițiilor sale de boală. Ea privește pe fiecare individ concret într-o concepție condițională a producerii și configurației boalei, ca antiteză a explorărilor primitive monocauzale, care domină încă medicina curativă.

Terapia individuală, bazată pe această teorie patologică, e neschematică, individual concretă, mai mult în sens constituțional și condițional.

(Continuare în numărul viitor).

Revistă generală

Vitaminele și sănătatea copilului

de

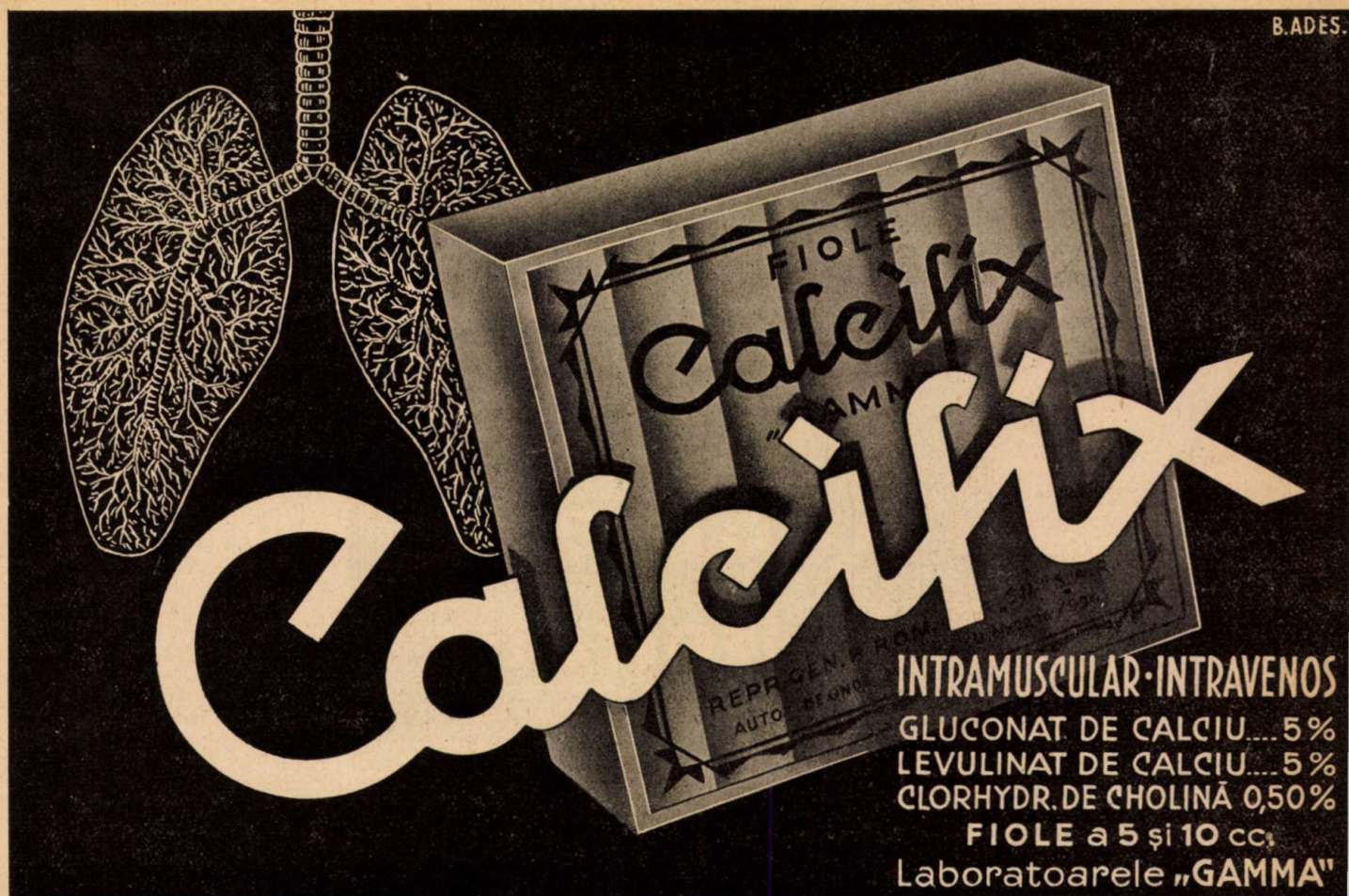
Prof. Dr. Gh. Popoviciu

(Continuare din Nr. 8)

Împreună cu György, am observat *primii* (1935), în cercetări experimentale făcute la Heidelberg, puterea de *rezistență scăzută a șobolanilor rahitici*. Animalele hrănite cu un regim rahitogen, ținute la întunec, dar tratate în același timp cu derivați sterolici iradiați (cu putere antirahitică), au rezistat față de o epidemie de răceală. În schimb animalele hrănite cu același regim, ținute în condiții absolut identice (la întunec) și tratate cu aceeași derivați sterolici, dar neiradiați (adică fără putere antirahitică), sau cu alți derivați iradiați (însă tot fără putere antirahitică), s-au dovedit foarte puțin rezistente. Acest lot din urmă de animale, rămase rahitice, au pierit în un mare număr, de răceală. Față de ele animalele din lotul întâi, care n'au ajuns să facă rahitism, fiind tratate (profilactic sau în parte curativ) prin substanțele iradiate, cu putere antirahitică, au rămas toate în viață. Această observație a noastră foarte interesantă a fost făcută incidental, în cursul unor cercetări care urmăreau alt scop: determinarea structurii chimice a vitaminei antirahitice, pe atunci necunoscută. Întâmplarea a vrut să se deranjeze încălzirea centrală a grajdului și ca frigul început acel an tot întâmplător prea de vreme, cu o iarnă neobișnuită de grea la Heidelberg, să producă epidemia de răceală.

În continuarea acestor observații am putut să arătăm, împreună cu colaboratorii mei, — prin numeroase cercetări clinice, la copii, și experimentale, la

animale, urmărite timp de peste un deceniu, — diferite aspecte și mecanismul scăderii rezistenței în rahitism. Am constatat în mod concludent, confirmați și de alți autori, că: 1. atât șobolanii rahitici, cât și copiii tratați cu mijloace antirahitice (vitamină D, raze ultraviolete, etc.) au o rezistență mărită față de infecții gripale, pneumococice etc., în comparație cu cei care suferă de lipsa vitaminei antirahitice, inclusiv de lipsa luminii solare; 2. la rândul lor infecțiile ajută dezvoltarea rahitismului, prin mărirea trebuinței de vitamină antirahitică; 3. lipsa de vitamină antirahitică trebuie atribuită exagerarea mortalității prin afecțiuni respiratorii (bronhopneumonii, pneumonii) la copiii sub 1 an, în primul rând la *băieți*, în lunile dela sfârșitul iernii și începutul primăverii, — pe care am observat-o cu deosebire în regiunile mai lipsite, prin situația lor geografică, de raze solare (muntoase, băltoase); 4. morbiditatea și mortalitatea mărită a *sexului masculin în primele vârste din copilărie*, trebuie atribuită *creșterii sale mărite* în această vârstă față de sexul feminin, deci trebuinței mărite de vitamină D, a cărei lipsă îl scade rezistența față de pneumococi (dovedit și prin experiențele noastre la șobolani); 5. variațiunile în mortalitatea sexelor *se inversează între 7—16 ani*, fiind la această vârstă mai accentuată (survenită mai de vreme) creșterea sexului feminin, deci scăzută rezistența sa față de infecții (incl. față de tuberculoză); 6. rezistența mărită față de infecții prin vitamina antirahitică se



Calcifix

FIOLE
"GAMMA"

REPR. GEN. ROM. AUTO. REG. NO.

INTRAMUSCULAR · INTRAVENOS

GLUCONAT DE CALCIU... 5 %
LEVULINAT DE CALCIU... 5 %
CLORHYDR. DE CHOLINĂ 0,50 %

FIOLE a 5 și 10 cc
Laboratoarele „GAMMA”

ULMARA „Gama”

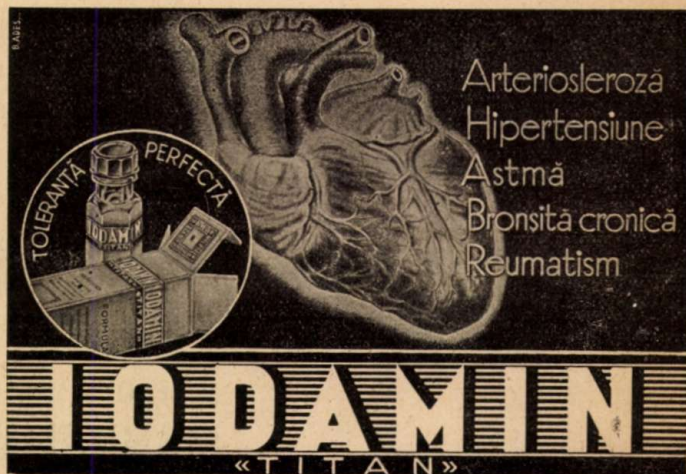
Frieșune lichidă

Antireumatic — Analgetic — Revulsiv



Antiartritic

Antireumatic



Fiole

Picături

Reprezentanța pentru România: „S. I. F.” s. a. r. București IV, Str. Avram Iancu 32

LEUKOTROPIN

**Antiflogistic
Analgetic
Antipiretic**

mai ales indicat în toate

sindromele reumatismale

artrite acute

inflamații ale mucoaselor

Forme de prezentare:

intravenos:

Cutii cu 2 fiole de 10 cmc.

Cutii cu 5 fiole de 10 cmc.

intramuscular:

Cutii cu 5 fiole de 10 cmc.

ATMOS-GESELLSCHAFT FRITZSCHING & CO.

(vorm. Silten-Gesellschaft)

MANNHEIM-WALDHOF

Reprezentant pentru România:

Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.

explică prin *intensificarea metabolismului intermediar* (arderii, diferite procese chimice care produc energie) cu retenția mărită de calciu și fosfor; rezistența scăzută în rahitism se datorește scăderii metabolismului, incl. retenției scăzute de minerale (stabilită prin variația lor în sânge); 7. variațiunile modificărilor chimismului sanguin pe sexe, vârste, creștere, morbiditate și mortalitate, indică *variațiuni corespunzătoare în rezerva de vitamină D*.

Asemenea variațiuni pe sexe și vârstă am găsit și pentru vitamina C. Ele ar putea confirma eficacitatea ei în tuberculoză, azi încă discutată. În comparație cu mărirea mortalității iernale a copiilor (prin afecțiuni respiratorii) în legătură cu lipsa de vitamină D, noi am găsit legături cu lipsa de vitamine și pentru cellalt mare grup de boli din prima copilărie, al turburărilor de nutriție (sau digestive) care dau *mortalitatea estivală*. Ele sunt agravate prin lipsa de vitamină B₁. Vitaminele din grupul B par a mări și rezistența față de stafilococi etc. (întrebunțarea drojiei de bere în furunculoză, acnee etc., mai nou și în fluorul fetițelor mici). Vitamina A se administrează, ca protectoare a epitelului în tratamentul rănilor.

Mecanismul acestor acțiuni nu e încă complet elucidat. Efectul antiinfecțios al vitaminelor trebuie datorit înainte de toate *menținerii condițiilor fiziologice ale funcțiunei celulare și tisulare*. Probabil că paralel cu aceasta *măresc producerea de anticorpi și de alte substanțe imunizante* (prin activarea reacțiilor de enzime, mărirea acțiunii bactericide a sângelui, descompunerea toxinelor). În unele cazuri acțiunea variază și după leziunea produsă prin infecție (în diferite toxine diferite lezează scoarța suprarenală, scăzând în consecință vitamina C din această glandă, și din sânge; prin administrarea vitaminei C nu s'ar da deci, pur și simplu, numai cantitatea ce lipsește astfel în această glandă și în sânge, ci s'ar restabili funcțiunea glandei suprarenale, pentru care această vitamină e indispensabilă). De asemenea e complexă și acțiunea razelor ultraviolete, nemitându-se numai la formarea de vitamină D. În tratamentul furunculilor cu drojia de bere ar putea fi vorba și de o schimbare a florei intestinale.

În genere se pare că mărirea rezistenței prin vitaminele respective se produce *numai în stările în care vitamina e scăzută în organism*, fie printr-o avitaminoză prealabilă, fie sub influența infecției. Practic dăm vitamina tuturor copiilor atinși sau amenințați de infecții, de asemenea în toate stările febrile. Vom da cu deosebire vitamina C, foarte importantă pentru combaterea infecțiilor, în forma de *sucuri de fructe sau legume*. În genere se recomandă la copii de sân administrarea preventivă a sucurilor de fructe (1—8 lingurițe suc de lămâie, portocale, pătlăgele roșii, morcovi,

etc.), din luna 3—4 de vârstă. Același scop preventiv (cu deosebire prevenirea afecțiunilor respiratorii) îl urmărește (prin formarea de vitamină D, etc.) *iradierea preventivă a copiilor cu lampă de cuarț*, pe toată durata anotimpului rece, de 2 ori pe săptămână, începând din luna Octombrie până în Aprilie, sau administrarea altor *preparate de vitamină antirahitică* (vlgantol, calcigenol iradlat, untură de pește; mai nou tratamentul de asalt cu vlgantol forte: o singură doză mare de vitamină antirahitică).

Cunoștințele de tot recente asupra *vitaminei H'* (acidul paraaminobenzoic, a cărei lipsă produce încărunțirea precoce), aduc noi lămuriri privitor la aceste acțiuni. Vitamina H' este o substanță de apărare a bacteriilor, impledând acțiunea sulfamidelor. *Sulfamida*, înrudită ca structură chimică cu vitamina H', o înlocuiește pe aceasta din urmă în proteinele sau în alți receptori din corpul bacteriilor. Prezența vitaminei H' în cantitate foarte mare (când de ex. microbul însuși o formează) impledecă acțiunea sulfamidelor. Acestea sunt active numai acolo, unde pot îndepărta acidul paraaminobenzoic, respectiv acolo unde acesta este de importanță vitală absolută pentru bacterii.

e) *Acțiunea vitaminelor asupra hematopoezei și pielei. Relații cu flora intestinală.*

Mai nou s'au mai precizat relații importante ale vitaminelor cu anemiile, afecțiunile pielii, flora intestinală, etc. Astfel unele *anemii alimentare* (în alimentația artificială unilaterală sau în alimentația insuficientă) sunt probabil datorite lipsei de vitamine. Un efect sigur are vitamina C în anemia scorbutică și prescorbutică (cu deosebire cea postinfecțioasă) a copilului mic; adesea e efectivă și în anemia de lapte de capră sau din celule. În anemia de lapte de capră și în anemia din celule (cât și din sprue) lipsește probabil așazisul factor exogen (extrinsec) al lui Castle (emogenul), care împreună cu factorul endogen, intrinsec (emogenaza), dă principiul antipernicios (emonul). Tratamentul se face, ca și în anemia pernicioasă, aproape specific prin extracte de ficat (care conțin principiul antipernicios, cât și factorii parțiali ai complexului de vitamine B₁₂), eventual și prin vitamina K. Aceasta din urmă (vitamină a coagulării, antemoragică, — un derivat al naftochinonelor, liposolubil, care se găsește în frunzele verzi ale diferitelor plante și se produce și în intestin prin flora intestinală normală), formează protrombina în organism. Vitamina K se dă în emoragiile grave ale nou-născuților, cu deosebire în icterul grav, dar și în melenă, emoragiile grave ombilicale, chiar și în pahlmeningoză (există o ipotrombinemie fiziologică ziua 2—6 după naștere, care mărește pericolul emoragiilor; se combate prin vitamină K, injecția de sânge maternal sau prin administrarea profilactică a vitaminei, dată

mamel viitoare cu deosebire în familiile cu icter grav și diateze emoragice).

O altă vitamină antemoragică, vitamina P (a permeabilității) sau citrina (amestec a doi glicosizi de flavonol din sucul de lămâie și alte fructe analoge) combate emoragiile produse prin permeabilitatea capilară mărită, cât și turburările din insuficiența numerică sau funcțională a trombocitelor. E efectivă în formele vasculare ale purperei. Numărul trombocitelor se mărește și prin vitamina A (vogan). În avitaminoza A, cauzată prin lipsa sau resorbția insuficientă a grăsimilor, se produc anemii hipochrome, leucocitoză, lipsă de fibrinogen și întârzierea coagulării, atribuite lipsei simultane de vitamină K. Avitaminoza K se întâlnește și în lipsa scurgerii bilei în intestin, resorbția vitaminei K putându-se face numai în prezența bilei sau sărurilor biliare. Și lipsa vitaminei B₁ poate produce anemie. Vitamina C mărește acțiunea sărurilor feroase prin impledarea oxidării lor, de ex. în preparatul Ferro 66, în care este asociată cu fierul; este efectivă și în anemiile neavitaminoase, feriprive, deci în majoritatea anemiilor infantile (anemiile în genere mai grave, rare, care nu se vindecă prin fer, au de obicei o origină avitaminoasă).

În ceea ce privește legătura vitaminelor cu pielea, am văzut că vitamina A este considerată ca vitamina protectoare a epitelului. Lipsa ei produce xerodermie și xeroftalmie. Pielea devine uscată, se cheratinizează, își pierde culoarea trandafirie, se pigmentează și se infectează ușor, prin agenții plodermiei. O pigmentare patologică, cu hipercheratoză, descumare, tumefiere, vezicule, în părțile expuse luminii, găsim în pelagră, produsă prin lipsa acidului (amino)nicotinic (factorul PP, dermic sau antipelagros din complexul de vitamine B₃, cu efect terapeutic în pelagră); pigmentarea din pelagră s'ar datori unor substanțe fotosensibilizante din sânge, produse printr-o turburare a sintezei emoglobinei (acidul nicotinic e interesat în mod esențial în sinteza eminei); se pare însă că e vorba și de o acțiune toxică a acizilor aminați insuficient descompuși (din cauza lipsei simultane de vitamină H). La șobolani se mai poate produce o dermatită asemănătoare pelagrei (dar care nu trebuie confundată cu pelagra umană), prin lipsa vitaminei B₆ (adermina). Un mecanism diferit de producerea pigmentării din pelagră, are pigmentațiunea din avitaminoza C (produsă prin glanda suprarenală și ipofiza, interesate în metabolismul pigmentilor și care depozitează mari cantități de vitamină C; se admite că vitamina C ar impledeca formarea melanogenului); melanoza din boala lui Addison s'ar combate prin vitamina C. În timpul din urmă vitamina H pare a combate seboreea copilului de sân, poate prin neutralizarea efectului excesului de grăsimi și a ovalbuminei crude

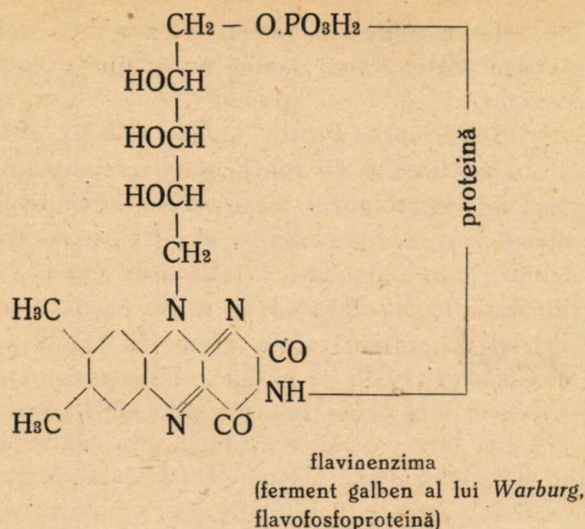
din hrană; prin turburări dispeptice ale copiilor de sân s'ar impledeca eliberarea proteolitică și valorificarea vitaminei H, a cărei lipsă ar produce apoi starea seboreică.

O legătură cu procesele intestinale rezultă și pentru alte vitamine. Astfel o oarecare cantitate disparentă de vitamină B₁ se formează la copilul de sân prin flora de bifid. Vitamina C se poate transforma în acid ascorbic biologic activ prin bacilul coli și bacilul acidofil. De asemenea și vitamina A și K se pot forma prin flora normală intestinală. Pe de altă parte vitaminele produse în tubul digestiv se pot distruge prin agenți patogeni, poate și prin procesele bacteriene de putrefacție.

f) Vitaminele și ormonii.

Vitaminele sunt numite mai nou, împreună cu ormonii, *ergoni*. Între ormonii și vitamine nu există limite precise. Sub denumirea de ormon azi nu se mai cuprind numai produșii glandelor endocrine, dar și substanțe de origine vegetală. Cofermenții (coenzimele) sunt asociate ormonilor sau în înțeles mai larg ergonilor. Cum am mai arătat (pct b), vitaminele sau derivații lor stau, ca și cofermenții (coenzime), în legături foarte strânse cu fermenții. Cu fermenții și cu principiile auxiliare (activatori, regulatori) ergonii formează sisteme catalitice (biocatalizatori). Astfel vitaminele, ormonii, fermenții și principiile auxiliare anorganice și organice (ioni, coalați, steroli, tolii, cu deosebire glutattonul) formează un singur sistem unitar, fiind în strânse legături între ele. Formarea ergonilor se face numai în parte în organism; trebuie introduse prin hrană vitaminele, din care apoi el poate produce fermenți și ormoni.

Legătura între fermenți (enzime) și ormoni rezultă din formarea ormonilor tisulari, tiramina și triptamina, din acidul aminat tirozină și triptofan prin decarboxilare sub influența fermentului carboxilază; pe această cale pare a se forma și adrenalina sau iodtireoglobulina. Un exemplu foarte interesant pentru colaborarea vitaminelor, fermenților și ormonilor la formarea unei substanțe cu un efect catalitic, prin transformarea provitaminei-vitamine în ferment sub influența ormonală, este cazul formării flavinenzimei din lactoflavină. Aceasta din urmă găsită în complexul de vitamine B₂, în formă inactivă de provitamină, se transformă întâi prin fosforilare în intestin sub influența ormonului scoarței suprarenale în acid lactoflavinofosforic, forma fiziologic activă (de coferment), din care împreună cu o proteină specifică (care servește ca apoferment), se produce un oloferment: fermentul respirator galben al lui Warburg (flavinenzima); acidul lactoflavinofosforic este necesar pentru întregul metabolism, în special pentru creștere (factorul creșterii).



Un alt exemplu este al vitaminei B₁ (aneverină, tiamină), care în forma de pirofosfat (cofermentul co-carboxil) împreună cu o proteină specifică (apofeferment) dă *carboxilaza* (oloferment); acest ferment din urmă cu conținut sulfuros (ciclu tirozic) are un rol important în metabolismul proteinelor, descompunând acidul lactic și piruvic, formați în metabolismul zahărului, în CO₂ și apă.

Emonul sau anaemina (principiul antipernicios), — formată (v. pct e) din emogen (factorul exogen), de caracter vitaminos, introdus pe cale alimentară, și din emogenază (factorul endogen), fermentul lui Castle din suc gastric produs de pereții stomacului, — este un ormon de maturare a sângelui. În acest caz o vitamină cu un ferment produce un ormon. O situație analogă prezintă emoglobina.

Legătura dintre vitamine și glandele de secreție internă o arată diferite acțiuni antagoniste și sinergiste

între ele. Între glanda tiroidă (tiroxina) și vitamina A sau B₁ există un antagonism; se pare că gușa endemică s'ar produce inclusiv sub influența unei lipse de vitamină B₁; vitamina C scade nivelul iodului mărit prin hipertirozism. Glanda paratiroidă se reduce la un plus de vitamină D și se mărește în lipsa ei; ormonul paratiroidian (paratormon) și vitamina D au efecte deosebite asupra metabolismului de Ca; ormonul paratiroidian și produsul toxic de ergosterol iradiază A.T.10 dau hipercalemie, mobilizând calciul depozitat în oase; în schimb vitamina D în doze netoxice nu decalcifică oasele, ci mărește resorbția intestinală a calciului; probabil acțiunea vitaminei D nu se produce prin intermediul paratiroidelor și nici rahitismul nu se vindecă prin ormonul tiroidian. Am arătat în parte că glanda suprarenală este depozitul principal al vitaminei C; ea se mărește și suferă alterații în lipsa acestei vitamine; în leziunile ei, produse prin toxina difterică, se reduce atât funcțiunea ei endocrină cât și conținutul de vitamină C; menținerea activității ei la copii e în funcție de cantitatea de vitamină introdusă în organism. Scăderea zahărului sanguin prin insulină e mărită prin vitamina B₁ și C₂; această acțiune cât și utilizarea mărită a vitaminei B₁ la o hrană bogată în idrați de carbon (importantă la copii) s'ar petrece prin intermediul ipofizei; aceeași glandă e bogată în vitamina A și caroten. Aproape toate avitaminozile produc sterilitate și atrofia glandelor genitale; copiii rău nutriți în vârstă școlară, par a avea maturitatea sexuală întârziată; legătura între ormoni sexuali și vitamina E și D, o arată faptul că toți sunt derivați ai sterolului; ea impune asigurarea acestor vitamine în proporții suficiente pentru organismul în plină dezvoltare.

(Continuare în nr.-ul viitor)

Articole științifice

Considerațiuni asupra tromboflebitelor de efort ale membrilor superioare

de

Ion Macavei

„Prin controversele la care a dat loc, prin lipsa precizării unei definiții care s'a lăsat mult timp așteptată, prin problemele diverse de care se atașează, chestiunea așa ziselor tromboflebite de efort ale membrilor superioare este foarte interesantă” (Mondcr).

Observând în ultimul timp în clinică două cazuri — și neîntâlnind în literatura română publicații similare, am socotit că un studiu al tromboflebitelor de efort este bine venit.

Primele observații le găsim descrise în tratatul de anatomie al lui Cruveilhier (1816), urmează apoi acele ale lui Ranzi (1849), Paget (1865), Muselier (1891). Von Schrotter (1884) este primul care pune în legătură flebitele membrilor superioare cu un efort muscular, iar Ceni (1906) intitulează pentru întâia dată o tromboflebită a membrului superior stg. care a survenit în urma unor eforturi fizice violente și repetate: tromboză traumatică a venelor axilare.

Dela această dată publicațiile s'au înmulțit, cercetările au fost intensificate și extinse cu deosebire în Franța, unde problema a pasionat mai mult. Au fost făcute cercetări isto-patologice și bacteriologice. Primele intervenții chirurgicale în scop terapeutic aparțin tot unui francez, *Mondor*. *Schepelmann* a făcut prima operație într'un caz de tromboflebită, însă în urma unui diagnostic greșit. Din 1910 încoace discuțiile privesc mai mult patogenia, *Schwartz*, *Cadenat*, *Lecène*, *Lenormand*, *Mondor*, *Contiades*, aducând cu deosebire contribuții importante. Autorii germani în afară de patogenie au fost preocupați și de latura socială a chestiunii și de raporturile pe care le are cu accidentele de muncă și incapacitățile ce decurg din acestea.

Considerațiuni generale. Frecvența acestor afecțiuni nu este prea mare. Până acum au fost publicate cam 200 cazuri. Survin cu predilecție la bărbați și interesează mai ales membrul superior drept. Unii dintre cei la care a apărut la membrul superior stg. erau stângaci. Vârsta de predilecție este între 20—40 ani. Sub 16 ani cazurile descrise sunt foarte puține, peste 40 ani frecvența descrește. Marea majoritate a cazurilor survine la muncitorii manuali.

Etiologie, patogenie, anatomie patologică. Pe măsură ce ce cunoșteau și descriau diferitele cazuri de flebită ale membrilor superioare, factorii variați au fost invocați în etiologia lor. Există anumite cauze predispozante sau favorizante, precum și cauze determinante în general în flebite. Staza venoasă și modificările sângelui sunt mai importante.

Staza venoasă existentă la astolici cu dilatații cardiace, în compresii de vecinătate, accentuată mai ales în cursul anumitor eforturi, poate avea un rol în producerea flebitelor. Eforturile mari sunt capabile să determine o stază venoasă prin situația anatomică a venei axilare sau subclaviculară în apropierea toracelui și datorită numărului relativ redus de colaterale. Prin contracțiunea puternică a mușchilor brațului, sângele venos este împins spre torace, realizându-se o dublă presiune, în sens contrar, la extremitatea venulelor. Staza aceasta poate fi importantă mai ales că axilara, în aceste momente, este fixată prin aponevrozele mușchilor vecini (*Ivanissevitch*).

Din modificările sângelui s'a atribuit de către Grégoire, Picot, Sauré și Bauer un rol plăcuțelor sanghine, observându-se cazuri cu numărul trombocitelor foarte ridicat și care reveneau la normal după vindecare. Ori, este cunoscută importanța plăcuțelor în formarea cheagului de sânge. Fragilitatea venoasă constituțională, care a fost invocată de către Bauer — observând un caz de flebită și la tată și la fiică — nu poate fi bănuită în alte cazuri.

Doi factori au fost cu deosebire invocați în etiologia tromboflebitelor de efort: *infecțiunea*, și *efortul*.

Intoxicațiile cu plumb prezente în cazurile lui Wilson, Grimaud și Dantlo nu se pot extinde la alte cazuri.

Infecțiunea. Pentru întâia dată în 1913 *Delbet* atribuie sfârșitului un rol. Presupunere, bazată pe reacțiile serologice pozitive sau leziuni coexistente (insuficiență aortică, medlastinită, etc. *Delbet Houart*), și valabilă pentru un număr restrâns de cazuri. Nu infecțiile specifice însă au un rol în producerea tromboflebitelor de efort, ci acele cu microbi banali. *Lenormant* și *Cadenat* (1919) au arătat frecvența mare a tromboflebitelor infecțioase relevate prin efort. *Mondor* câștiga mai târziu pune în evidență prin culturi stafilococul în trombul extras. Uneori preexistența afecțiunilor microbiene este ușor de evidențiat, constatându-se furuncul, hemotorace infectat, angină flegmonoasă, pneumonie, plăgi ale membrului respectiv, pleurezii purulente, etc. Toate acestea constituiesc leziuni de vecinătate. Prin existența anastomozelor între intercostale și axilare, extensivitatea unei infecțiuni toracice pe cale venoasă este ușor de explicat.

Această categorie de cazuri constituie un grup în care rolul infecției este neîndoielnic. Alteori infecțiunea nu este atât de evidentă, ea poate fi determinată de o gripă sau poate fi endogenă (intestinală), și tuberculoza a fost încredințată în cazuri izolate. *Fauquez* a observat un bolnav cu tromboflebită în urma unei activități fizice remarcabile, care a murit, la o lună după vindecarea flebitei de cașexle tuberculoasă.

De altfel infecțiunea trebuie bănuită și din semnele clinice pe care le prezintă bolnavul (temperatură, hiperleucocitoză moderată, polinucleoză, adenopatie). Durerea vie pe care o acuză uneori bolnavii, ar constitui și ca un semn de prezența infecției. Această durere o întâlnim însă și în cazurile aseptice (*Bazy*).

Evidențierea microbilor sau a reacțiilor inflamatorii venoase și perivenoase prin examinările isto-patologice făcute, a scos în evidență, în mod îndoielnic, prezența infecției. Asupra acestor date vom insista la capitolul anatomiei patologice.

Efortul. Von *Schrotter* a fost primul care a relevat importanța efortului în producerea acestor flebite. Felul efortului este foarte variabil. Dela muncile fizice obișnuite, exercițiile sportive până la cele mai neînsemnate mișcări au fost invocate. Dacă, în eforturile fizice datorite sportului, există de multe ori lipsa de antrenament și violența efortului ca vâslit, ridicare de greutăți prin mișcări repetate și repezi, tenis, la muncitorii manuali efortul de obicei nu depășește munca obișnuită de toate zilele. De sigur că sunt cazuri când eforturile făcute au fost excepționale: ridicarea unui sac de 100 kgr., un plan greu, etc. Alteori însă efortul invocat era într'adevăr minim și nu depășea cu nimic obișnuința: frecatul unei budinzi, tălătură de carne; la un

bolnav a apărut în timp ce se rădea, la altul întinzând mâna din pat după telefon, etc. În cazul lui *Lenormant* flebita a apărut la un vopsitor care a lucrat mult timp cu brațul ridicat în sus. Este vorba de cele mai multe ori de acte profesionale.

S'a discutat foarte mult în ce măsură poate fi incriminat efortul și care ar fi modul lui de acțiune în producerea acestor flebite. *Ceni* bănuiește ruptura întimei prin tracțiune aponevrotică. *Löwenstein* pretinde că vena axilară poate fi zdrobită prin claviculă sau ligamentele sale în momentul abducției forțate a brațului. *Kinzel* presupune o iritație cronică prin mișcări repetate a endoteliului vascular, care reacționează printr'un proces fizico-chimic, ducând la proliferări sau modificări nucleare. După *Rosenthal* eforturile violente ar produce o smulgere a venelor mici la revărsarea lor în trunchiul venos principal, urmată de producerea de trombi obliteranți. Presupunere care reclamă eforturi extrem de violente și care n'a fost constatată niciodată în cazurile la care s'a intervenit.

Murard pretinde că efortul trebuie să fie repetat și susținut. Mușchii obosești răspund la excitații prin contracțiuni brusce, sacadate, ajungându-se tot la smulgeri venoase.

Ideea de efort a fost asociată și cu alți factori, fie o fragilitate anterioară a endoteliului venos, fie că leziunea venoasă produsă prin efort, permite localizarea unei infecții latente, la acel nivel.

Presupunerile care au la bază leziuni ale venelor produse prin efort, nu au fost confirmate prin examenul anatomo-patologic decât în foarte puține cazuri. Pentru ca să se producă tromboze obliterante, leziunile venoase trebuie să fie profunde iar realizarea lor prin traumatism este greu de imaginat, când știm că există de atâtea ori confuziuni profunde cu hematome perivenoase care nu produc tromboze.

De altfel însuși termenul de tromboză pentru aceste cazuri poate că nu este just. De multe ori la examenul anatomo-patologic nu s'a găsit nici urmă de tromb și în realitate nu ar exista în aceste cazuri obliterațiunile ale venelor.

Având în vedere aceste constatări, *Lohr* presupune o stază venoasă acută a subclavicularei și a axilare, datorită unei compresii pe venă prin ganglionii, claviculă sau bridă aponevrotică și o acțiune musculară care provoacă un reflux sanghin, producându-se o distensune venoasă cu edem. *Maure* și *Martin*, într'un caz care a suferit o contuzie pe fața externă a brațului și unde, la intervenție, vena axilară era de aspect normal, fac presupunerea rupturii trunchiurilor limfatice de-a-lungul venelor, ceea ce ar explica infiltrația seroasă. *Cottalorda*, inspirat de lucrările lui *Leriche*, atribuie un rol simpaticului perivenos în producerea edemului, dovadă rezultatele bune ale simpatectomiei

periarteriale. Edemul produs prin influența simpaticului poate fi explicat printr'un spasm venos sau reflexe care lucrează asupra pereților capilarelor, permițând trecerea, în spațiile interstițiale, a proteinelor care rețin apa. Leziunile perivenoase existente sunt capabile să producă o iritație a simpaticului perivenos. Că într'adevăr rolul simpaticului ar predomina asupra elementului mecanic, este greu de închipuit.

Anatomia patologică. O contribuție importantă la lămurirea mecanismului patogenic și a etiologiei flebitelor membrelor superioare, a adus examenul istopatologic.

Din sistemul venos al membrului superior vena axilară este mai des interesată, urmează apoi umerala și mult mai rar subclaviculă. Câteodată diferitele segmente sunt interesate simultan: axilara și umerala, axilara și subclaviculă, subclaviculă și jugulară, vena principală și afluenții, etc.

Ganglionii sunt rareori prinși. Îi găsim menționați în cazurile lui *Grimault* — *Dantlo* și *Schwartz*.

Participarea țesuturilor perivenoase este frecventă.

La intervenția operatorie vena apare îngroșată, tumefiată, de culoare galbenă-verzule sau negricioasă, de un calbru neregulat, trombozată și cu periflebită.

Tromboza poate fi extinsă, cuprinzând o mare parte din lungimea vasului, sau este localizată într'un singur punct. Chila prezintă lungimi variabile până la 3-4 cm. El poate să nu obstruieze complet vena.

Artera, de aspect normal, avea uneori bătăile superficiale și slabe.

În unele cazuri nu a fost găsit niciun proces de tromboză. Vena prezenta însă o reacție de periflebită, constituită dintr'un țesut adipos edematos, cu proliferare conjunctivă, fibroasă, care ar putea produce o comprimare a venelor. *Olivier* și *Léger* nu consideră ca suficientă această reacție perivenoasă pentru producerea unui edem. Faptul că trombul nu a fost găsit la intervenția chirurgicală, nu însemnează că nu există în realitate. Explorarea, pe viu a venelor, comportă anumite dificultăți: pe calea inciziei axilare pe unde se intervine de obicei, subclaviculă, este foarte greu accesibilă dacă nu chiar imposibil de cercetat; simptomele clinice, și ea ne indică numai cu aproximație localizarea trombului. Sunt descrise cazuri cu edeme localizate numai la mână și parte din antebraț, iar sediul trombului este la nivelul axilarelor.

S'a făcut presupunerea că chila sanghină ar putea fi permeabilizată prin organizarea lui și dezvoltarea vaselor de neoformațiune. *Ducuing*, care s'a ocupat în special cu această problemă, afirmă că eventuala canalizare a trombusului care se poate constata numai microscopic, este în mod practic insuficientă pentru a asigura restabilirea unei circulații venoase satisfăcătoare.

Cercetările bacteriologice făcute din chiagul sanguin, pereții venoși sau țesutul perivenos, au dat în 7 din 16 cazuri un rezultat pozitiv. În culturile făcute s'a pus în evidență streptococul, stafilococul alb, stafilococul aureu, streptococul viridans, colibacilii, singuri sau asociați (stafilococul alb și streptococul viridans în cazul lui Grimaud și Dantlo, stafilococul cu colibacilii în cazul lui Mondor).

Examenul histologic arată o infiltrație inflamatorie a pereților venoși, inflamație a vaselor vasorum, insule leucocitare, un edem de multeori pronunțat al țesutului perivenos, dilatarea și obliterarea vaselor mici și desvoltarea de țesut conjunctiv.

Aceste leziuni inflamatorii s'au găsit și în cazul când examenul bacteriologic a fost negativ. Aceasta nu denotă absența infecțiunii, căci de multe ori germeni sunt rari, cresc lent sau deloc și sunt greu de pus în evidență. Deci „ori că avem de a face cu o infecțiune de virulență atenuată, ori că după trecerea fazei inițiale, la data intervenției chirurgicale, procesul inflamator este în declin, reacțiunea organismului triumfând parțial sau total asupra microbilor. Aceasta ar explica suficient negativitatea anumitor examene bacteriologice (Olivier — Léger)“.

Făcând legătura între faptele expuse până aici putem acuza efortul de producerea acestor flebite sau totuși rolul principal îl joacă infecțiunea?

Dintre toate cazurile care au suferit o intervenție chirurgicală, într'unul singur (Dervieux și Suen, 1928) s'a constatat o ruptură a venelor care interesează toate straturile. Nu se poate nega totuși că aceste tromboflebite apar în legătură cu un efort sau un traumatism mai mult sau mai puțin apropiat de data apariției flebitei. Sunt cazuri unde traumatismul nu poate fi pus la îndoielă atât în tromboflebitele membrilor superioare (cazul citat mai sus), cât și în tromboflebitele altor vene (a venelor cave superioare la un călăreț prins sub cal, Van der Hoeven, sau a venelor ilioace la un om zdrobit de tren Moquot).

În cazul lui Grimaud și Dantlo, la examenul anatomo-patologic, s'a constatat o scleroză veche a venelor cu endoflebită vegetantă și tromb în curs de organizare. Este sigur că leziunile existente la nivelul peretelui venos sunt anterioare trombozei și efortului. „Nu poate fi pus la îndoielă faptul că vena axilară la acest bolnav era deja de mult alterată și că flebita axilară era datorită unei infecțiuni latente prin streptococ viridans, infecțiune pe care traumatismul, de altfel puțin important, nu a făcut decât să o releve (Lecène)“. Aceleași constatări au fost făcute și de către alți autori (Mondor, Chifoliau, Folliasson).

Legătura între traumatism sau efort și flebită nu poate fi deci negată. Antecedentele, tabloul clinic, examenul anatomic, bacteriologic ca și studiul flebitelor în

general, ne fac să atribuim un rol hotărâtor infecțiunii. Rolul efortului nu ar fi altul decât de declanșator al flebitei în curs de constituire. Vena este bolnavă înainte efortului revelator.

Simptomatologia. Debutul este brusc. Simptomul principal este constituit din *tumefierea membrului respectiv*. Bolnavul acuză o senzație de jenă, de greutate în braț, fenomene care se instalează de obicei brutal, odată cu un edem difuz al membrului superior sau localizat la anumite segmente, mână, antebraț, braț, cuprinzând uneori și umărul și partea superioară a hemitoracelui respectiv, dând impresia unui *edem în pelerină*. Un simptom tot atât de precoce este *durerea*. Ea este vie și trecătoare sau ușoară, persistând câțiva timp. Apare brusc în cursul unui efort. Localizarea este variabilă, antebraț, braț, axilă, subclaviculară. Poate surveni simultan cu edemul, înainte sau, rareori, după.

În afară de acest debut obișnuit (durere, edem și senzația de jenă și greutate) în rare cazuri, simptomele inițiale pot fi constituite din apariția unei *culori albastre* a brațului și senzația de frig (Lohr), tumefacțiune redusă la nivelul axilei (Pavlovsky) turgescența venelor în cursul unui efort penibil, edemul apărând la 2 zile (Kinzel), apariția de mici varicozități la nivelul brațului, edem numai după 12 zile (Murard) etc.

Simptomele inițiale pot să fie în strânsă legătură cu efortul, în imediata lui apropiere sau tardivă. Perioada de debut, cu simptomatologia expusă până aici o putem limita în general la 24—48 ore.

Perioada de stare. După primele zile apar o serie de alte simptome de acompaniament.

Simptome locale. Culoarea tegumentelor se modifică. Ea devine roșie violacee, roză, cianotică, lividă, roșie albastruie, marmorată, etc.; rareori edemul a fost alb. Consistența edemului care, la început, este moale, după câteva zile, se transformă, devenind dur, elastic. Dimensiunile membrului superior bolnav sunt variabile. De la diferențe foarte mici față de cel sănătos s'au notat diferențe până la 13 cm. în circumferință. **Adenopatia** este de obicei discretă, axilară sau de-a-lungul venelor. În 2 cazuri s'a descris adenopatie supraepitrochleară. Într'unul din cazurile noastre adenopatia era foarte pronunțată, supraclaviculară, ganglionii având dimensiunea ouălor de porumbel. **Circulația colaterală** se instalează treptat dar precoce. Ea este prezentă aproape în toate cazurile, desenul venos fiind cu deosebire pronunțat la nivelul brațului, umărului și în partea superioară a hemitoracelui respectiv. Jugulara este câteodată turgescență. Vena bolnavă se palpează pe distanțe variabile sub forma unui *cordon dur*, sensibil la presune. Ea poate fi perceptibilă dela început sau numai mai târziu, după diminuarea edemului. Cordonul venos are dimensiuni variabile atingând uneori grosimea unui deget de bărbat. Altele se palpează numai o im-

păstare a pachetului vascular. *Localizarea* mai frecventă este la nivelul axilare, umeral și subclavicular. Venele colaterale sunt rareori atinse de procesul de tromboză. Totuși s'au descris cordoane ale venelor bazilice, cefalice, jugulare externe și ale venelor superficiale. De multeori s'a remarcat, în cursul evoluției, extensunea procesului trombozant, în jos, jugulară, axilară, umerală (*Mondor*) sau în sus spre venele superioare, umerală-axilară-jugulară (*Grégoire*).

În puține cazuri s'au descris manifestări din partea sistemului nervos periferic: abolirea reflexelor, monoplegie brachială, turburări de sensibilitate termică, hiperestezii, parestezii, etc.

Simptome generale. Alterarea stării generale a bolnavilor este redusă. Temperatura de obicei moderată, 37—38, poate să se ridice uneori până la 39°. Pulsul urmează cursul temperaturii, nu prezintă variații deosebite.

Studiul simptomatologiei clinice a fost completat printr-o serie de examene de laborator. *Tensiunea arterială* a fost găsită de către unii autori mărită la brațul bolnav, de către alții micșorată sau modificată. *Bazii* explică ridicarea tensiunii la brațul bolnav prin hipertensiunea din circulația venoasă. Uneori, din cauza edemului pronunțat, tensiunea nu poate fi percepută. Diferența indicelui oscilometric de la brațul sănătos la cel bolnav este uneori importantă, bănuindu-se repercusiuni ale flebitei și asupra arterei. După o rezecție venoasă indicele oscilometric, la început crescut, scade. *Presiunea venoasă* este mai ridicată de partea bolnavă, 26 și 35 (Claude) în cazurile noastre. Viteza de circulație a sângelui venos este scăzută. În multe cazuri s'a practicat *flebografia*. Executarea ei și mai ales interpretarea este legată de anumite dificultăți și rezultatele nu sunt totdeauna juste. Uneori s'au obținut imagini care arătau o oprire a circulației venoase la diferitele nivele, alteori sistemul venos al membrului superior bolnav era permeabil. Ch'ar și la indivizii sănătoși imaginea flebografică se oprește la nivelul axilei, acolo unde lichidul opac se diluează mult, împrăștiindu-se în numeroasele colaterale (Lohr). Arteriografia a fost practică într'un singur caz de Contadès.

Examele hematologice. Leucocitoza a fost găsită mărită în multe dintre cazuri, în general însă nu prea mult. Ea variază între 7000—13000. Tabloul sanghin arată uneori o polinucleoză moderată; eosinofilia a fost găsită mărită în 9 cazuri. Deseori s'a remarcat și o poliglobulie. Plăcuțele sanghine, cărora li se atribuie un rol patognomic în formarea trombului, arată uneori valori superioare celor normale. Urmăriile în unele cazuri s'a constatat scăderea lor pe măsura resorbției procesului trombozant. Timpul de sângerare, de coagulare, vâscozitatea sângelui au fost cercetate pe

un număr restrâns de cazuri care nu permit să se tragă nici o concluzie.

Evoluția tromboflebitelor de efort este cronică și de lungă durată. Regresunea fenomenelor se face încet și după multă vreme întâlnim încă un edem ușor, care se accentuează la eforturi, venectazii mai mult sau mai puțin importante, chiar după ani de zile și persistența cordonului venos.

Imobilizarea prea îndelungată a membrului superior poate să ducă la ridori articulare și o limitare a mișcărilor, mai ales a abducției.

De multe ori, în cursul evoluției, întâlnim manifestări arteriale asemănătoare claudicației intermitente, dureri la nivelul membrului respectiv care au putut fi înlăturate datorită intervenției chirurgicale, rezecția segmentului venos trombozat și simpatectomia periarterială sau rezecția ganglionului stelat.

Complicațiile pot surveni fie în perioada de stare ca: embolii pulmonare, extensunea trombozei și gangrena membrului respectiv, fie în cursul evoluției tromboflebitei, fiind descrise ca sechele. Astfel întâlnim erupții papuloase pruriginoase de-a-lungul unui nerv, sindrome dureroase (dureri paroxistice), turburări trofice, impotențe funcționale din cauza persistenței edemului sau accenturării lui la cele mai neînsemnate eforturi, venectazii supărătoare, turburări de sensibilitate etc. Complicațiile de temut sunt emboliile pulmonare, care pot fi mortale și gangrena membrului, care atrage după sine amputația.

Forme clinice. Contadès împarte flebitele membrilor superioare din punct de vedere patogenetic în: tromboflebite traumatice, tromboflebite relevate prin efort și tromboflebite infecțioase, clasificare schematică pe care o considerăm însă satisfăcătoare, cu toate că unii autori s'au ridicat împotriva ei. Din punct de vedere clinic avem clasificarea lui Olivier și Léger, care deosebesc: flebite inițiale ale venelor bazel gâtului, tromboflebită a membrului superior de origine toracică, forme cu echimoze, forme recidivante și prelungite, forme bilaterale și forme poliflebitice. Tabloul clinic al tromboflebitei membrului superior este un tablou clar, cu simptomatologie evidentă și bine studiată, care nu necesită nici o clasificare clinică. După cum Olivier și Léger deosebesc forme de origine toracică care survin în urma unei contuzii toracice, tot astfel am putea deosebi forme în urma contuziei brațului, etc. sau, în altă ordine de idei, forme fără edem, sau forme cu adenopatii, sau forme după localizarea trombozei umerală, axilare, etc. Luând în considerare factorii etiopatogenici adoptăm și noi clasificarea lui Contadès.

Importanța medico-socială. Considerațiunile expuse mai sus ca și apariția tromboflebitei de efort mai cu seamă la muncitorii manuali, au făcut să se atribuie o mare importanță medico-socială acestor afecțiuni. Con-

gresul Internațional al Accidentelor și Bolilor Datorite Muncii, din Geneva (1931), s'a ocupat îndeaproape cu problema flebitelor de efort. S'au citat cazuri când, după ani de zile, bolnavii pretindeau pensii de invaliditate de 100%. Mai frecvent însă incapacitatea de muncă nu depășea 50%, ea scăzând treptat odată cu remisiunea boalei. De sigur că problema din acest punct de vedere nu este ușor de rezolvat, datorită dificultăților de interpretare a legăturilor dintre efort și apariția flebitelor. „Când afecțiunea se manifestă net în cursul efortului, într'adevăr nu putem refuza indemnizația, cu totul altceva este însă când intervalul liber este mai lung și edemul nu apare decât după câteva ore sau chiar noaptea (Invert)". Este o greșeală să credem că dacă flebita apare numai la câteva ore după efort ea nu mai trebuie pusă în legătură cu acest efort, cel puțin din punct de vedere medico-social.

Diagnosticul nu prezintă dificultăți. Felul de apariție al flebitelor, simptomele clinice și de laborator, evoluția, examenele isto-patologice sunt semne de certitudine care nu permit confuzii.

Diagnosticul diferențial trebuie făcut cu edemul difuz al membrului superior, consecutiv unei rupturi a trunchiturilor limfatice în urma unui traumatism. În acest caz nu găsim fenomene inflamatorii, cordon venos, adenopatie, circulație colaterală iar edemul este alb, dur. Trebuie făcut de asemenea cu compresunile mediastinale care dau mai ales un edem bilateral, cu edemele nervoase care nu dau circulație colaterală; cu edemele datorite unor aplicări locale medicamentoase, cu edeme prin compresune venoasă, datorită adenopatiilor axilare, cervicale sau compresuni prin coasta cervicală și cu edemul elefantiazic care este foarte rar la nivelul membrelor superioare. Prognosticul este bun. Vindecarea survine într'un timp relativ lung. În cursul evoluției putem avea recidive frecvente sau diferite complicații și sequele. Cazuri mortale au survenit în urma emboliilor.

Tratamentul. Regulele observate la trombozele membrelor inferioare nu sunt aplicate cu aceeași strictețe la tromboflebitele membrelor superioare, aici pericolul emboliilor fiind mult mai redus. Tratamentul, la început, era numai fizioterapie, dușuri calde, masajii, bandaje compresive. La acestea s'au adăugat apoi emistuniele de sânge, imobilizarea membrului respectiv în poziție verticală sau în abducție. Imobilizarea nu trebuie să fie de lungă durată, 1—2 săptămâni, dela caz la caz, trecându-se apoi dela mișcări pasive la mișcări active, comprese, masajii, balneoterapie, diatermie, aer cald, antiflogistice. Și aplicarea de lipitori s'a făcut pe o scară largă. Ca tratament medicamentos s'au utilizat desinfectantele, vaccinul antiploegen, chinina, și acum, în timpul din urmă, sulfamidele. Antispasmodicele (An-

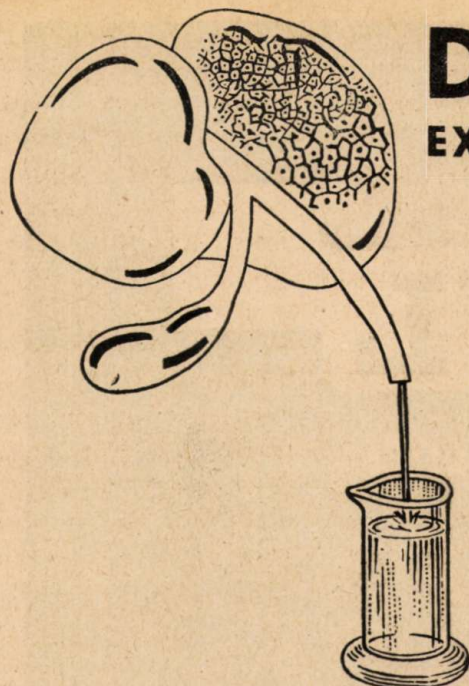
gloxinul, Acecholina), revulsivele, și tratamentul specific (Antifluetic) au fost utilizate dela caz la caz.

Tratamentul medical singur nefiind totdeauna satisfăcător, s'a trecut la aplicări semichirurgicale și la tratament chirurgical. Au fost practicate astfel mici incizii la nivelul brațului, favorizându-se scurgerea lichidului, edemul diminuând foarte mult. Blocajul anestezic al simpaticului perivascular și infiltrația ganglionului stelar au fost de asemenea utilizate, în ultimii ani, cu rezultate bune, atât în ceea ce privește resorbția edemului, cât și înlăturarea durerilor.

Tratamentul chirurgical propriu zis a fost inaugurat de Scheppelmann în 1910, acesta bănuind un proces infecțios, Broca în 1913 intervine pentru o colecție axilară, iar Delbet în 1913 crezând că este vorba de un anevrism axilar. Cu toată greșeala de diagnostic, atât Scheppelmann cât și Delbet au găsit tromboza venelor axilare, procedând la extragerea trombului cu cele mai bune urmări postoperatorii pentru bolnav. Pentru întâia dată Mondor (1921) a intervenit chirurgical în scop terapeutic la un bolnav cu tromboflebita membrului superior cărui 1 s'a stabilit diagnosticul exact înainte de operație. Tratamentul chirurgical constă în: 1. Descoperirea venelor, urmată de liberarea ei, 2. flebotomie și extragerea chilașului cu sutura pereților venoși, 3. rezecția porțiunii venoase trombozate, între 2 ligaturi și 4. simpatectomia perivenoasă. Modul de acțiune al intervențiilor chirurgicale se exercită asupra focarului infecțios endo și perivenos, asupra simpaticului perivascular, și asupra limfaticelor și țesutului interstițial care se scaldă în limfă (Desmares și Allvisatos). Indicațiunea operatorie o facem când tratamentul medical este ineficace, dacă observăm tendința de progresiune a trombozei, în formele dureroase datorite iritației simpaticului și în turburări vasomotorii.

După aceste considerațiuni expunem cazurile observate în serviciul clinicii noastre.

Obs. I. — (Observat de Dr. V. Comes, fost intern al clinicii). Bolnavul, în vârstă de 25 ani, aviator, intră în clinică în Septembrie 1942. În antecedente, înainte cu un an, uretrită gc., înainte cu 8 luni, șancru venerian cu adenită unilaterală. De doi ani, viață mai neregulată, sboruri multe, surmenaj fizic. În cursul campaniei din răsărit eforturi fizice continue; fumează mult, uzează moderat de alcool. Boala actuală datează din Iunie 1942, debutând brusc. Într-o noapte bolnavul, fiind pe front, a dormit pe o targă, în aer liber. Dimineața s'a trezit cu o durere destul de pronunțată în brațul stâng și în regiunea axilară, observând o tumefiere difuză a umărului și brațului stâng și tumefierea ganglionilor axilari respectivi. Ganglionii erau duri și sensibili limitând mișcările brațului din umăr. După câteva zile observă o colorație albastruie a regiunii tumefiate și apariția unui desen venos pronunțat la nivelul umărului, regiunii pectorale și supraclaviculare stângi, care s'a accentuat progresiv. Brațul și-l simțea greu. După o săptămână, se internează într'un spital militar unde i se aplică un tratament cu ultrascurte și eleudron, fără rezultat. După 10 zile pleacă în concediu de boală. Edemul brațului și al umă-



DECHOLIN

EXPERIMENTAT ANI DE ZILE

**COLERETIC
COLAGOG
DIURETIC**



J. D. RIEDEL-E. DE HAËN, A.-G. BERLIN-BRITZ
 REPREZENTANT PENTRU ROMÂNIA: RUDOLF FOREK
 BUCUREȘTI 3, STR. G-RAL EREMA GRIGORESCU, 6

LA GRIPĂ ȘI
 TOATE CELELALTE
 MALADII FEBRILE
 DIN CAUZA RĂCELII

QUADRONAL

ANALGEZIC
 ȘI
 ANTIPIRETIC
 verificat

★

TUB ă 10 TABLETE
 TUB ă 20 TABLETE
 ETUIS ă 6 TABLETE



ASTA AKTIENGESELLSCHAFT CHEM. FABRIK BRACKWEDE

Literatură și eșantioane vă stau
 cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R. ★ Strada Sf. Ionică No. 8 ★ BUCUREȘTI

Intrebuintati zilnic:

PACYL

contra Hypertensiunii

Coborîrea moderată a Tensiunii Arteriale ridicate.
Potolirea spasmelor vasculare.
Îmbunătățirea, pe cale bucală, a indispozițiilor subiective.

DIWAG

CHEMISCHE FABRIKEN A.G., BERLIN-WAIDMANNSLUST

Pentru mostre și prospecte adresați-va:

Odol S. A. R. București, Str. Apostol Margarit 22

Sanatoriul St. Blasien

Altitudine 800 m.



Prospecte ilustrate gratuite.

Condițiuni climatice favorabile.

Climat curativ special.

Stabilimentul particular cel mai înalt
situat din Germania pentru

bolnavi de plămâni

într-o poziție privilegiată în regiunea sudică a
pădurii Schwarzwald.

COSTUL TRATAMENTULUI:

în camere pt. două persoane dela RM 9

în camere pentru o persoană dela RM 11

Medic Șef: **Profesor Dr. A. Bacmeister**

Medic Conducător: **Dr. A. Emmeler**

Chirurg

SANATORIUL ST. BLASIEN

Südl. Bad. Hochschwarzwald
Bahnhof Seebrugg (Deutschland)

rului regresează încet, venectaziile persistă. După 2 luni dela debutul boalei este internat în clinica noastră.

La examenul obiectiv se constată tumefierea umărului și brațului stâng. Tegumentele, la acest nivel, sunt întinse, mai lucioase, și prezintă o colorație albastruie. La nivelul brațului, în regiunea deltoidă și pectorală mai ales se observă o pronunțată circulație colaterală. Cord, pulmon, rinichi, nimic patologic. Tens. art. 13—7 (V. L.). Tensiunea venoasă a membrului superior stâng este 26 (Claude), la membrul superior drept normală (12). La examenul stomatologic se găsesc granuloame dentare multiple.

Obs. II. — Bolnav în vârstă de 18 ani, ucenic. Se internează în clinică în Ianuarie 1943. În antecedentele ereditate și personale nimic important. Înainte cu 4 săptămâni a prezentat o stare febrilă cu temperatură până la 38°, dureri în spate, cefalee, guturai, care a fost diagnosticată ca o stare gripală. A durat 4—5 zile și după un tratament adecvat fenomenele de mai sus au dispărut. Bolnavul a continuat însă să se simtă slăbit. A consultat un medic care i-a prescris un tratament tonic și injecții. La a 10-a injecție în brațul drept, s'a rupt acul (nu în interior însă) având o durere locală care a cedat în scurt timp. În aceeași zi, lucrând cu un târnăcop, a izbit de câteva ori puternic în pământ, simțind, la un moment dat, o durere vie sub forma unui junghiu în partea internă și superioară a brațului drept, care l-a făcut să nu-și mai continue lucrul. A doua zi a simțit din nou dureri în brațul drept, observând apariția unor noduli în regiunea supra-claviculară dreaptă, cari au crescut progresiv și rapid. Ziua următoare tumefierea a fost foarte pronunțată, nodulii ajungând de mărimea unui ou de găină. În același timp a devenit dureroasă și tumefiată regiunea axilară. Membrul superior drept s'a edemațiat în totalitate, devenind cianotic și dureros la mișcări. În această stare, bolnavul este trimis în serviciul clinice noastre cu indicația de a i se face röntgenterapie pentru limfogranulomatoză.

La examenul obiectiv cord, pulmon, rinichi, nimic patologic. Tens. art. 11—6 (V. L.). Tensiunea venoasă la brațul drept 35 — la brațul stâng 14 (Claude). Leucocitoză 8,400, tabloul sanghin normal, viteza de sedimentare accelerată (72 în 2 ore Westergreen). Este febril, temperatura oscilând între 37,2—38. Prezintă focare de infecție dentare și o amigdalită cronică criptică cazeoasă. Membrul superior drept în întregime ușor edemațiat, cianotic, cianoză care se accentuează la frig. În axilă se palpează un cordon dur, de grosimea unui deget de bărbat, dureros. Acest cordon se poate urmări înspre marele pectoral. În regiunea subclaviculară se palpează retropectoral o împăstare dureroasă la apăsare. Într-o regiune supraclaviculară este mai tumefiată, tumefiere formată dintr-o serie de ganglioni, moi, neaderenți, dureroși, de mărimi variabile. Jugulara dreaptă turgescentă, circulație colaterală discretă în regiunea toracică superioară dreaptă.

Ca tratament administrăm comprese și prontosil. După 5 zile temperatura scade la 37,2 iar după alte trei zile devine afebril. Edemul membrului superior drept care nici la intrare nu era prea pronunțat, a dispărut complet. Ganglionii cupra-claviculari s'au retras, persistă însă o împăstare difuză a regiunii supraclaviculare și turgescența jugulară. Cordonul axilar este ceva mai puțin dur. Tumefacția din regiunea sub-claviculară mult diminuată. Continuăm același tratament încă 12 zile, fenomenele descrise mai sus atenuându-se tot mai mult; bolnavul părăsește clinica, recomandându-i-se evitarea eforturilor fizice mari și revenirea la un control.

În observația a doua bolnavul are în antecedente o infecție gripală recentă, efortul pe care l-a făcut izbind cu târnăcopul în pământ (incidentul cu acul rupt nu poate fi luat în considerare), având rolul de reve-

lator al flebitel care se pregătea. În obs. I., după o noapte dormită aproape de pământul umed și rece, apare flebita. S'a făcut în acest caz presupunerea că sburând des, câteva ore pe zi membrul superior stâng, era supus unui efort continuu și repetat prin manevrarea manetel de gaze. Dar și manșa pe care o ținea cu mâna dreaptă îl cauza un efort cel puțin egal, dacă nu superior.

În baza experiențelor clinice de până acum și a observațiilor noastre suntem îndreptățiți să tragem următoarele concluzii:

1. tromboflebita de efort a membrului superior este afecțiune destul de rară, întâlnindu-se mai cu seamă la muncitorii manuali.
2. Ea apare în cele mai multe cazuri în strânsă legătură cu un efort sau traumatism, mai mult sau mai puțin însemnat.
3. În etiologia lor însă infecțiile banale au un rol predominant, efortul constituind factorul declanșator.
4. Evoluția este cronică, de lungă durată.
5. Complicațiile observate sunt: emboliile pulmonare și gangrena membrului respectiv cari survin de altfel foarte rar.
6. Tratamentul este medical și chirurgical.

CLINICA MEDICALĂ I.

Prof. Dr. Iuliu Hațieganu

RESUMÉ

Considérations sur les thrombo-phlébites par effort du membre supérieur

Prenant comme point de départ deux cas observés dans le service de la clinique médicale Ière, l'auteur fait une étude complète des thrombo-phlébites dites par effort du membre supérieur. Il insiste spécialement sur l'étiopathogénie et sur les données histo-pathologiques qui ont permis d'en tirer des conclusions intéressantes et ce qui concerne l'apparition de la phlébite par effort.

Voilà les conclusions auxquelles il aboutit en se basant sur les expériences cliniques ainsi que sur les observations personnelles:

1. La thrombo-phlébite par effort est une affection assez rare, qui apparaît surtout chez ouvriers manuels.
2. Dans la plupart des cas la maladie apparaît étroitement liée à un effort ou à un traumatisme plus ou moins important.
3. Toute fois dans l'étiologie de la maladie les infections banales sont celles qui ont un rôle important. L'effort ne constitue que l'élément révélateur.
4. L'évolution en est chronique, de longue durée.
5. Les complications observées sont: les embolies pulmonaires et la gangrène du membre respectif qui surviennent d'ailleurs assez rarement.
6. Le traitement est médical et chirurgical.

ZUSAMMENFASSUNG

Betrachtungen über Trombophlebitis durch Anstrengung der oberen Extremitäten

Im Zusammenhang mit zwei in der Internen Klinik I. beobachteten Fällen, arbeitet der Verfasser ein komplettes Studium über Trombophlebitis durch Anstrengung der oberen Extremität aus, indem er im besonderen auf die Ätiopathogenie und histopathologischen Daten hinweist, welche im Bezug auf die Entstehung der Phlebitiden durch Anstrengung, zu interessanten Schlussfolgerungen führen. Der Verfasser gelangt auf Grund klinischer Erfahrungen und persönlicher Beobachtungen zu nachstehenden Folgerungen:

1. Die Trombophlebitis durch Anstrengung der oberen Extremität ist eine ziemlich seltene Erkrankung und wird hauptsächlich bei Arbeitern angetroffen.
2. Sie tritt in den meisten Fällen in engem Zusammenhang mit einer mehr oder weniger ausgeprägten Überanstrengung oder Trauma auf.
3. In ihrer Ätiologie aber spielen die banalen Infektionen eine vorherrschende Rolle, da die Anstrengung nur die Krankheit auslöst (nur den Auslöser darstellt).
4. Ihre Entwicklung ist chronisch und von langer Dauer.
5. Die beobachteten Komplikationen sind: Lungenembolie und Brand des betreffenden Gliedes, was jedoch Selten auftritt.
6. Die Behandlung ist medikamentös und operativ.

Bradicardia în nefritele acute

de

O. Fodor

Tulburările cardiovasculare în nefritele acute pot fi urmărite dela instalare până la completa lor revenire la normal, fiind de ordin funcțional. Studiul lor a adus contribuțiuni importante în patologia aparatului circulator, mai ales în privința patogeniei hipertensiunii arteriale. Un simptom cardio-vascular asupra căruia s'a revenit în ultimul timp, este *bradicardia*. Semnificația ei clinică se interpretează ca un semn de bun augur, indicând adaptabilitatea aparatului cardio-vascular față de cerințele nou create din nefrita acută. În ce privește fizio-patologia acestei bradicardii, se atribuie un rol variat factorilor toxici, umorali, nervoși, chimici și mai cu seamă celor dinamici, din această boală.

După *Steinmann* bradicardia în nefritele acute a fost observată primată în 1884 de *Riegel*. A mai fost descrisă de *Krehl*, *Volhard*, *Frey*, *Munk*. *Danielopolu* de asemenea o semnalează în uremie, dar aici prezența ei are altă explicație decât aceea care-i trebuie dată în nefritele acute.

În ultimele luni am avut ocazia să observăm adeseori bradicardie în nefritele acute în clinica noastră. Observațiile noastre ne permit a face câteva considerații asupra acestui simptom, în legătură cu tabloul clinic și cu tratamentul administrat în această boală. Dăm numai câteva din observațiile noastre:

I. V. N. 55 ani. Bolnav de 4 zile, când au apărut edeme ale feței și membrilor inferioare, concomitent se instalează o dispnee ușoară care se accentuează la efort. La internare în serviciu se constată un edem pronunțat al feței și extremităților, cefalee, colecție pleurală dreaptă. T. A. 14,5—7 (V. L.) Puls: 52. Inima nu este reacționată. Azotul ureic: 1,75 mlgr.‰. Urina în 24 ore 800 cmc. cu albumină, hematii și cilindrii granuloși. Tratament: regim declorurat și ipoazotat. Bolnavul este observat timp de o

săptămână în care timp edemele dispar complet, tens. art. oscilează între 14,5—7 și 13—7, pulsul între 56 și 44.

II. D. I. 51 ani. Bolnav de 2 săptămâni, când au apărut edeme ale feței, extremităților și peretelui abdominal. Dispnee accentuată, după 10 zile dela debutul bolii pierde vederea pentru câteva ore, concomitent cefalee pronunțată. Anorexie electivă față de pâine. La internare prezintă edeme ale extremităților și feței. Torace emfizematos. T. A. 20,5—10 (V. L.) Puls 40. Azotul ureic: 0,95 mlgr.‰. În primele 24 ore urinează 1200 cmc. cu densitatea 1020. Albumină, cilindrii granuloși și hematii pozitive în urină. În timp de 11 zile pulsul oscilează între 40 și 48. Tratament: regim sec, injecții strophantină cu glucoză și vitamină C.

III. P. D. 45 ani. De 3 săptămâni edem al feței și obosește mult mai repede ca înainte, somnolent, pofta de mâncare redusă. De 2 săptămâni edeme la extremități, dispnee permanentă.

În 15 Apr. se internează în clinică cu edeme ale feței și gambelor. Colecție pleurală bilaterală. Sgomotul al doilea la aortă mai accentuat. Cordul nu este mărit. T. A. 20,—10. Puls 64. Albuminurie, cilindrii și hematurie. Azotul ureic 137 mlgr.‰. Se administrează regim sec, injecții Strophantină, glucoză, vitamină C.

Între 18—21 Apr., regim sec, T. A. max. nu coboară sub 20 nici minima sub 10. Pulsul oscilează între 44—52. În acest interval edemele se reduc complet.

22—23 Apr. Regimul alimentar mai puțin sever, pulsul se ridică la 60.

24 Apr. Se face „Wasserstoss”. Pulsul după administrarea ceaiului, 44.

De acum diureza în permanență peste 1000 cmc.

11 Mai. T. A. 10,5—6, puls: 74.

IV. G. P. 44 ani. Bolnav de o săptămână, de când prezintă edeme pronunțate ale feței și membrilor inferioare. În ultimele 3 zile cefalee occipitală pronunțată. Se administrează regim sec, injecții Strophantină, glucoză, vitamină C. În ziua internării pulsul 60. T. A. 16,5—8,5. În primele 2 zile edemele se reduc aproape complet, pulsul scade la 44, iar T. A. la 12,5—6,5, pentru ca a doua zi T. A. să se urce la 19—7½ și pulsul la 76. Bolnavul face o hemoragie meningeală. A 6-a zi T. A. 12—8, puls 52. De acum încolo T. A. rămâne între 10,5—6 și 12—8, iar pulsul între 60—80.

V. H. V. Se internează în a 7-a zi de boală cu edeme discrete maleolare și palpebrale. T. A. 14—8, puls 62. Se administrează regim sec, strophantină, glucoză, vitamina C, timp de 5 zile; pulsul scade între 40—48. Intervine o stare febrilă de 3 zile, în care regimul alimentar este mai puțin sever. T. A. se urcă la 17,5—7,5, iar pulsul la 72. Următoarele 2 zile din nou regim sec, pulsul 52, T. A. 12—7,5. În zilele ce urmează tensiunea rămâne la acest nivel însă pulsul se ridică la 70, cu regim lacto-vegetarian.

VI. H. A. de 55 ani. Bolnav de o săptămână, cefalee pronunțată, edeme discrete maleolare și la nivelul peretelui abdominal. În ultimele 3 zile edemele s'au pronunțat. În timpul bolii s'a alimentat numai cu mâncări nesărate. A doua zi dela internare se administrează regim sec, edemele se resorb rapid, în 3 zile desedemându-se complet. Pulsul în acest timp (5 zile) este 40, odată scăzând chiar la 36. T. A. 16—8,5. În zilele următoare T. A. crește la 17 și 18,5—9,5 iar pulsul la 50. Electrocardiograma arată o bradicardie sinusală.

VII. D. I. de 37 ani. Se internează în a 8-a zi de boală pentru dispnee însoțite de dureri de cap și tuse nocturnă. În două rânduri dispnee care s'a prezentat în accese în timpul nopții. Timp de câteva zile a prezentat acasă edeme ale feței și gambelor care persistă și la internare. Cordul mărit, mai ales ventriculul stg. e reacționat (săgeata ventriculului stg. la ortocardiogramă: 2,5 cm.) T. A. 19,5—11,5, pulsul în primele 3 zile se ridică dela 70 la 92. În următoarele 4 zile se administrează regim sec, injecții cu strophantină și vitamină C, de două ori emisie de sânge. În aceste zile edemele se resorb complet, pulsul scade la 52, iar T. A. la 15—10, fenomene care coincid cu o ameliorare subiectivă accentuată.

VIII. N. N. 33 ani. Bolnav de 17 zile, debutând insidios cu cefalee și pierderea poftei de mâncare. După o săptămână edem al feței, iar după alte 3 zile și la nivelul membrelor inferioare. La internare prezintă un edem generalizat, colecție pleurală bilaterală. Se administrează regim sec, emisie de sânge, injecții de strophantină, glucoză și vitamina C.

Prima zi, puls 80, T. A. 18—10, diureză 1700 cmc.

A doua zi, puls 66, T. A. 17—9,5, diureză 1700 cmc.

A treia zi, puls 52, T. A. 14—7,5, diureză 1000 cmc.

A patra zi, puls 52, T. A. 13,5—7,5, diureză 700 cmc.

A cincia zi, puls 52, T. A. 11,5—6, diureză 300 cmc.

În acest interval edemele s'au redus complet subiectiv mult ameliorat, cefaleea dispărută.

IX. B. I. 50 ani. Bolnav de 3 săptămâni, începând cu dureri în gât și temperatură. La 6 zile după aceea se tumefiază membrele inferioare, apoi fața, mâinile și peretele abdominal. Pierderea poftei de mâncare, cefalee pronunțată, insomnie. De 6 zile este dispneic, mai ales noaptea.

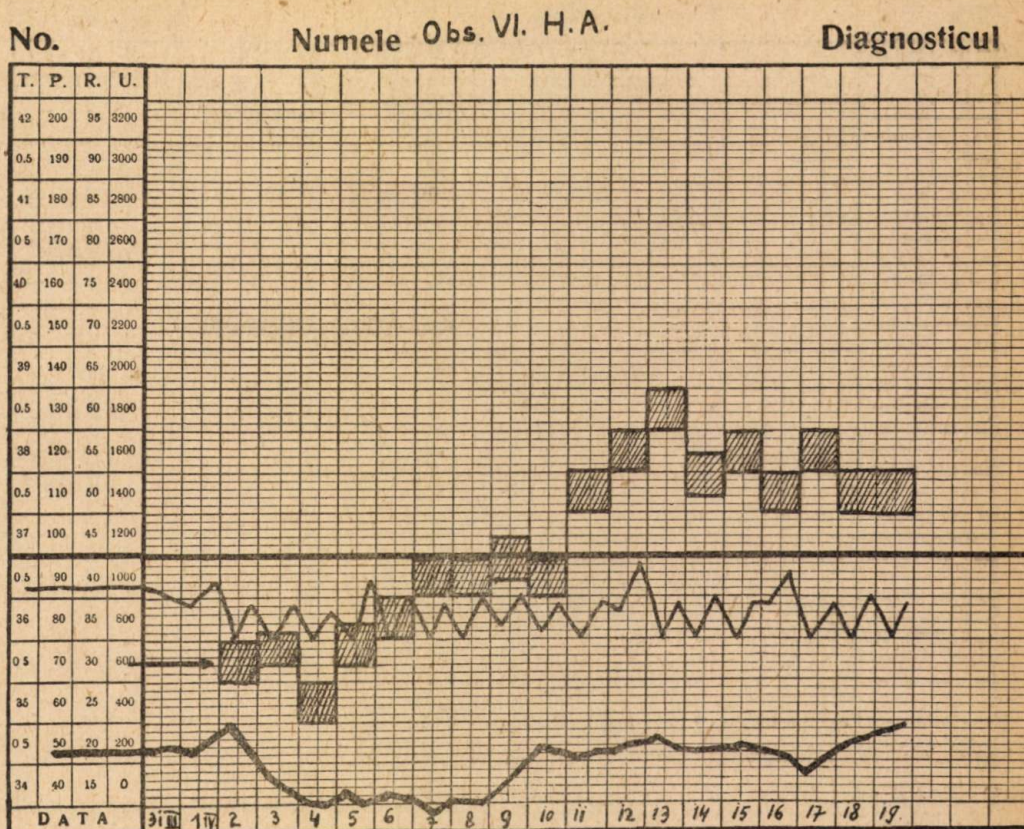


FIG. 1

La internare prezintă un edem palid generalizat, matitate la ambele baze pulmonare, cu respirație diminuată. Semne de lichid liber în cavitatea abdominală. Se administrează regim sec, emisie de sânge, injecții cu strophantină, glucoză și vitamina C.

În prima zi: puls 80, T. A. 21—10,5, urină în 24 ore 800 cc.

A doua zi: puls 64, T. A. 20—10,5, urină 800 cc. în 24 ore.

A treia zi: puls 60, T. A. 18—9,5, urină 1100 cc. în 24 ore.

A patra zi: puls 52, T. A. 17,5—8,5, urină 800 cc. în 24 ore.

A cincia zi: puls 52, T. A. 16—6,5, urină 1100 cc. în 24 ore.

Edemele s'au resorbit, persistă încă o ușoară matitate în partea declivă abdominală. Starea generală a bolnavului este foarte bună, nu are acuze subiective.

X. M. I. 18 ani. Bolnav de 2 săptămâni, începând insidios cu pierderea poftei de mâncare, tuse și cefalee foarte pronunțată. A treia zi edem al pleoapelor, apoi a feței întregi, membrelor inferioare, peretelui abdominal și regiunea lombară.

La internare prezintă anasarcă, în primele 24 ore de repaus la pat fără tratament, diureza este de 700 ccm. cu albuminurie intens pozitivă, cilindru și hematurie intensă. T. A. 16,5—9, plus 76. În următoarele 5 zile diureza oscilează între 1000 și 2100 cmc. cu același regim și tratament medicamentos aplicat și bolnavilor de mai sus. Pulsul scade dela 76 la 52 și chiar 48 pe minut, iar T. A. dela 16,5—9 la 12—6,5. În acest interval edemele se resorb complet.

La un plus de 52 și T. A. 14,5—8 se administrează 1 mlgr. Atropină intravenos, pulsul crește la 104, pentru a reveni la 48 după 1 oră. T. A. nu este influențată.

Bradycardia din nefritele acute a fost interpretată variat. Volhard crede că este urmarea instalării rapide

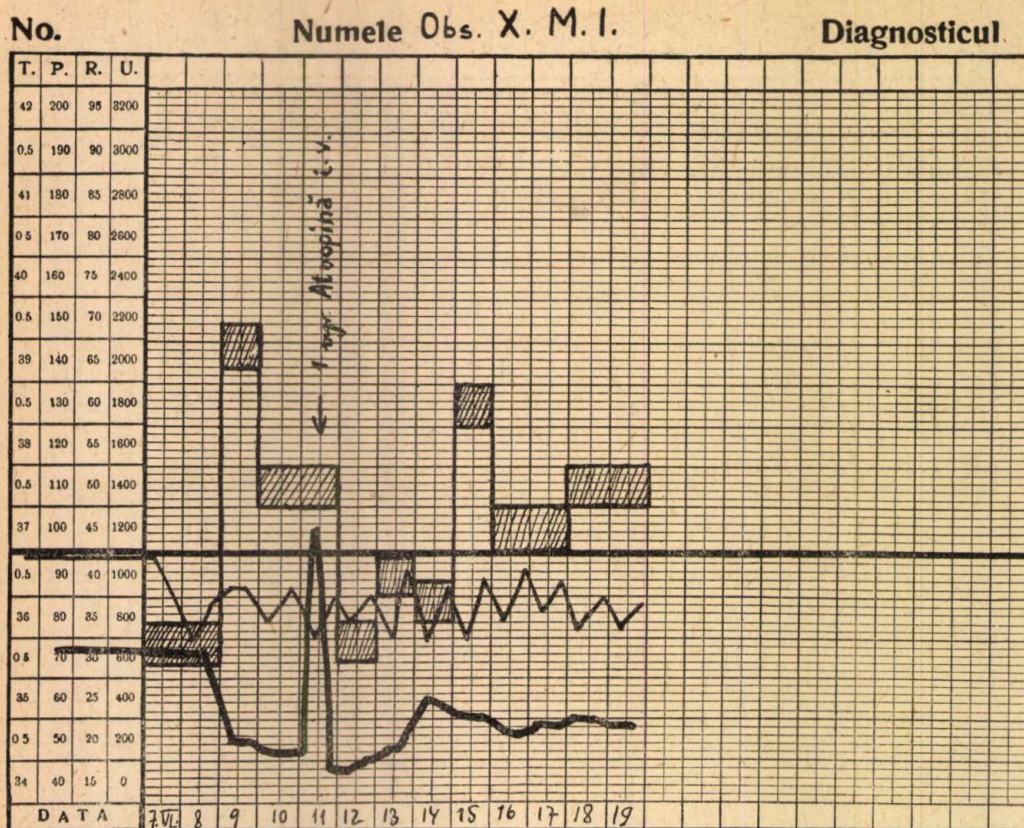


FIG. 2.

a hipertensiunii la care nervii vegetativi ai presiunii sanghine răspund cu un reflex al pneumogastricului. Aceasta ar însemna ca bradicardia să fie prezentă atâta vreme cât tensiunea arterială este ridicată, iar când ea scade și bradicardia să dispară. În cazurile noastre nu am observat ridicarea pulsului cu scăderea tensiunii arteriale, ci dimpotrivă de cele mai multe ori tensiunea arterială scăzând, bradicardia se pronunță pentru câteva zile. Bradicardia în cazurile noastre a mers paralel cu scăderea tensiunii arteriale. După *Munk* tachicardia care se observă la debutul nefritelor — sub influența unei intoxicații — e urmată de bradicardie. Sau după *Bruns*, bradicardia se instalează datorită unei excitații toxice a pneumogastricului. *Lindemann* însă, observă bradicardie în nefritele acute de războiu și o pune în legătură cu leziuni ale nervilor simpatici produse prin frig, instalându-se astfel o predominanță parasimpatică. Bolnavii noștri nu au fost expuși la frig mai mare ca să putem interpreta bradicardia în acest sens. *Hungerland* și *Rostek* dau rol tot componente toxice, afirmând că hipertensiunea care se instalează la începutul nefritei ar fi datorită unei intoxicații a aparatului nervos reflex cardio-vascular prin toxine microbiene, iar apariția bradicardiei ar fi primul semn să funcțiunea aparatului reflexogen vasomotor este din nou corespunzătoare. *Rothermund* crede că rinichiul bolnav elaborează o substanță toxică cu acțiune similară digitalei.

Când modificările cardio-vasculare în nefritele acute se instalează la un individ fără leziuni anatomice sau funcționale anterioare, au aproape valoarea unui experiment, ele putându-se urmări dela instalare până la dispariție. Rezultatul acestor observații este foarte interesant mai ales în ce privește problema patogenizei hipertensiunii arteriale. Astfel s'a putut analiza și atribui celor trei factori genetici ai hipertensiunii: sporirea rezistenței periferice prin factorul funcțional — spastic, rezistenței elastice și debitului sistolic mărit, partea cuvenită în patogenia hipertensiunii arteriale din nefrita acută.

În ce privește bradicardia s'a căutat să se facă

o relațiune de cauzalitate între ea și modificările tensiunii arteriale. Bradicardia apare într'adevăr aproape totdeauna, concomitent cu modificarea tensiunii arteriale, afară de cazul când nefrita nu evoluează la un impertensiv. Unii autori o găsesc dela începutul nefritei în faza de instalare a hipertensiunii ca un răspuns depresor, iar alții o găsesc atunci când tensiunea arterială începe să scadă, menținându-se un timp și după aceea.

Observațiile noastre sunt de ordin clinic. Se pot rezuma în următoarele: nu am observat bradicardie în nefritele acute parțiale. Am putut constata o relațiune destul de strânsă între tensiunea arterială și bradicardie. Am observat însă și cazuri cu bradicardie dela început, la care nu s'a instalat încă hipertensiunea, iar la alte a apărut bradicardia iar tensiunea arterială a continuat să fie ridicată câteva zile și după aceea. Alte cazuri au evoluat spre vindecare, cu o hipertensiune la început, care a revenit mai târziu la normal fără să apară bradicardia. Cea mai accentuată bradicardie am observat-o la cazurile cu edeme mai pronunțate. Ea a coincis totdeauna cu faza de rezorbție a edemelor și creșterea diurezei, continuând câteva timp și după aceea. A fost mai accentuată în zilele când am administrat regimul sec, complet declorurat. Pentru a face o tranziție între acest regim sec și „Wasserstoss-ul” lui *Volhard*, am intercalat câte 2 zile de

GONOPNEUMOCID

SULFAPYRIDIN HOMBURG

SPECIFIC CONTRA INFECȚIUNILOR

G O N O C O C I C E

cu efect sigur în:

D I S E N T E R I E

P N E U M O N I E

M E N I N G I T Ă

Erisipel, infecțiuni colibacilare ale căilor urinare etc.

AMBALAJE
ORIGINALE:



Tub cu 20 tabl. a 0,5 g
flac. cu 250 tabl. a 0,5 g.

Chemiewerk

Homburg

Aktiengesellschaft

FRANKFURT A. M.

DEP.: PHARMAG S. A., BRAȘOV

BIROU DE PROPAGANDĂ, BUCUREȘTI, STRADA DANULUI, 3 BIS

Tiroida

„Gedeon Richter“

Extract pur stabilizat.

Tablete, conținând substanțele active din 0,10 gr., 0,30 gr. și 0,50 gr., glandă proaspătă.

Fiole, conținând substanțele active din glanda proaspătă și 3 mgr. Iod pe cc.

**Tratamentul cel mai rațional al turburărilor neuro-vegetative
cari însoțesc insuficiența ovariană prin**

Folicalciuovar

hormon folicular, calciu și extract de ovar.

Tablete — fiole.

Fercupar

tablete.

(Fer, cupru, ficat și vitamina B)

Indicat în toate anemiile și în reconvalescență.

FABRICA DE PRODUSE CHIMICE
GEDEON RICHTER S. A.

București V, Strada Logofătul Tăut Nr. 99

Telefon 5.69.03

regim mai puțin sever. În aceste zile pulsul s'a accelerat, iar în ziua când s'a administrat o cantitate mai mare de ceaiu bradicardia s'a pronunțat din nou. Acest simptom l-am observat și la cazuri tratate cu regim alimentar mai puțin sever, prezentându-se o bradicardie, dar și aici în perioada de rezorbție a edemelor, acesta se pronunță. Bradicardia nu poate fi pusă în legătură cu administrarea strofantinei sau digitalei, pentru că s'a observat și la cazuri unde acest tratament pregătitor nu s'a instituit. Gradul de retenție azotată nu o influențează. Electrocardiografic bradicardia este de origine sinusală. Prin paralizarea pneumogastricului cu atropină, administrându-se un mlgr intravenos, frecvența pulsului a crescut totdeauna. (Dela 52 la 104, pentru a reveni după o oră sub cifra inițială. Vezi obs. X).

O influență netă asupra bradicardiei trebuie să i se acorde și conduitei terapeutice. Prin regimurile severe fără apă și fără sare, prin administrarea intravenoasă de soluții hipertone de glucoză se influențează factorul spastic vascular, producându-se o rezorbție rapidă a edemelor, o hidremie, debitul sistolic și cel pe minut trebuie să crească, producându-se aproape experimental un *efect Bezold* caracterizat prin scăderea tensiunii arteriale și bradicardie. Când tensiunea endosino-carotidiană are tendință la creștere, se produce un reflex depresor apărând bradicardia și scăderea tensiunii arteriale, căile centrifuge ale acestui reflex fiind cele parasimpatice. Se produce deci un reflex de apărare, atunci când este o supraîncărcare a cordului (*Jarisch*). Apariția acestui reflex este condiționată de diminuarea factorului spastic vascular periferic și presupune un aparat reflexogen intact, iar pentru miocard un semn că a fost capabil să satisfacă necesitățile din faza precedentă, cu alte cuvinte o modificare în bine a aparatului cardio-vascular. Din punct de vedere clinic apariția bradicardiei coincide cu o schimbare în bine a tabloului, dispariția dispneei din prima fază a nefritei, o diureză bună, dispariția cefaleei. *Hildebrand* dă o importanță foarte mare regimului fără sare în producerea acestei modificări, care favorizează scăderea factorului spastic vascular periferic și armonizarea factorilor regulatori nervoși, chimici și umorali. Credem că regimul alimentar sever din primele zile, fără apă și complet declorurat contribuie la producerea bradicardiei. Aceasta este explicația că în ultimul timp vedem tot mai multe nefrite acute cu bradicardie.

În nefritele subacute și cronice, unde leziunile renale și cardio-vasculare sunt de ordin anatomic, bradicardia lipsește, rezultatele prin regimul sec sunt medii.

Concluzii: Bradicardia în nefritele acute este un simptom frecvent, apariția ei mai deasă trebuind s'o punem în legătură cu conduita terapeutică pe care am avut-o în nefrita acută.

În nefrita acută parțială sau nefritele subacute și cronice nu am observat bradicardie.

Ea se instalează de cele mai multe ori concomitent cu modificarea tensiunii arteriale.

Din punct de vedere clinic apariția bradicardiei denotă o adaptabilitate a aparatului cardio-vascular la cerințele nou create din nefrita acută, deci un semn prognostic bun.

Ea face parte dintr'un *efect Bezold*, care ia naștere atunci când este o supraîncărcare a cordului.

CLINICA I MEDICALĂ

Director: Prof. Dr. Iuliu Hațieganu.

RESUMÉ

La Bradycardie dans les néphrites aiguës

En liaison avec une série d'observations cliniques l'auteur arrive aux conclusions suivantes:

La bradycardie dans les néphrites aiguës est un symptôme fréquent. Elle s'installe le plus souvent concomitamment avec la modification de la tension artérielle.

Au point de vue clinique l'apparition de la bradycardie dénote une adaptabilité de l'appareil cardiovasculaire aux besoins nouveaux, créés par la néphrite aiguë, donc elle démontre un bon pronostic.

ZUSAMMENFASSUNG

Bradycardie bei akuter Nephritis

Auf Grund einer Serie klinischer Beobachtungen kommt der Autor zu folgenden Schlüssen:

Bradycardie ist bei akuter Nephritis ein häufiges Symptom. Bei partieller akuter Nephritis und bei subakuter und chronischer Nephritis wurde Bradycardie nicht beobachtet. Sie stellt sich meistens gleichzeitig mit der Veränderung des Blutdruckes ein. Das Auftreten der Bradycardie bedeutet vom klinischen Gesichtspunkt eine Anpassungsfähigkeit des kardiovaskulären Apparates an die durch die akute Nephritis neu geschaffenen Forderungen, also ein prognostisch günstiges Symptom.

Analiza clinică a pneumoniilor în legătură cu etiologia lor pneumococică tip specifică

de

Dr. I. Ardălean și Dr. P. Radu

Virulența variatelor surse de pneumococi depinde de felul tipului. Tulpini ocazionale de același tip de pneumococ, pot să prezinte excepțional o virulență mai mare sau mai mică decât virulența medie a tipului respectiv.

În mod experimental la animale virulența se determină prin stabilirea numărului germenilor vii din doza minimă letală, care într'un anumit timp omoară animalul inoculat. La șoarece care e cel mai susceptibil și reacționează mai uniform la infecțiunea pneumococică, în general s'au găsit mai virulente tipurile I, II, III, V, VII și VIII de pneumococ.

La om virulența sau patogenitatea variatelor tipuri o judecăm după: a) frecvența în care-i întâlnim în etiologia diferitelor procese patologice; b) prezența sau absența bacteriemiei; c) felul și frecvența complicațiilor și d) letalitatea pe care o produc.

În pneumonia lobară la adult infecțiune cauzată în 96% de către pneumococi frecvența și distribuția tipurilor după prelucrarea statistică a unui bogat material de către Heffron este următoarea: tipul I în 32,8%; tipul II în 20,6%; tipul III în 10,8%; tipul VIII în 8,2%; tipul VII în 6,2%; tipul V în 5,9%. În restul de 15% survin celelalte tipuri într'o frecvență variabilă și puțin semnificativă afară de tipul XIV, des întâlnit în pneumonia lobară a copiilor.

Bacteriemia, în pneumonia lobară este prezentă la peste 1/3 din cazuri. După cercetările lui Bullowa tipul I produce o bacteriemie, în 25%; tipul II în 42%; tipul III în 30%; tipul V în 28%; tipul VII în 12% și tipul VIII în 21%. Pronosticul cazurilor cu bacteriemie este mult mai serios, decât a pneumoniilor fără bacteriemie.

Dintre complicațiunile pneumoniei produse de către pneumococi, cele mai frecvente sunt: empiemele, pericarditele, endocarditele, meningitele, artrite și abcese. Distribuția frecvenței tipurilor izolați din complicațiuni este în corelație strânsă cu frecvența tipurilor de pneumococi găsiți în etiologia pneumoniilor. Evoluția pneumoniei și predilecția pentru anumite complicațiuni depinde însă și de felul tipului de pneumococ. Pneumococul tip I, este cel mai frecvent agent microbian al pneumoniei. Produce pneumonii cu evoluție tipică și se întâlnește în cele mai numeroase complicațiuni. În empiemele cu pneumococi a fost pus în evidență în peste 57%. Tipul II, produce pneumonii

severe cu evoluție neregulată, cu temperatură care are mai mult caracter septic. Meningita și endocardita sunt dintre complicațiuni, frecvențe. Tipul III, este mai des întâlnit în pneumonia bătrânilor, la cari afecțiunea este deosebit de gravă, fatalitatea urcându-se la 100% în cazurile în cari bacteriemia este prezentă. Pneumonia produsă de tipul V are un debut brusc și evoluție prelungită, ce se termină prin criză numai în jumătatea cazurilor. Cefaleea, vărsăturile și icterul sunt simptome predominante. Meningita și endocardita sunt dintre complicațiuni relativ frecvente. Tipul VII produce pneumonii cari din punct de vedere clinic sunt identice cu cele produse de tipul I. Tipul VIII serologic apropiat de tipul III, este mult mai puțin virulent decât acest din urmă. Pneumoniile produse de acest tip cu bacteriemie se vindecă în 60%. Produce uneori complicațiuni tardive, ca meningite după luni de zile dela data pneumoniei, agentul patogen pornind dintr'un focar la aparență vindecat.

Letalitatea produsă de diferitele tipuri după datele lui Heffron în medie sunt următoarele: tipul I produce o letalitate în 25%; tipul II, în 41%; tipul III în 50%, tipul V în 30%, tipul VII în 28,8% și tipul VIII în 12,4%. Restul tipurilor dau o letalitate ce variază între 15—20%.

Din aceste cercetări făcute în special pe material și cu metodă americană, rezultă că în etiologia pneumoniei lobare la adult, cele mai frecvente și patogene tipuri de pneumococi sunt: I, II, III, V, VII și VIII.

Intr'o cercetare anterioară făcută în mai multe servicii spitalicești din Cluj în 1938—39, pe un număr de 126 probe patologice provenite dela cazuri cu pneumonie lobară, congestie pulmonară, empieme și alte afecțiuni ale aparatului respirator, am găsit următoarea distribuție a tipurilor de pneumococi: a) în 74 cazuri de pneumonie lobară cu etiologie pneumococică, tipul I în 51,8%, tipul II în 7,0%, tipul V în 5,4%, tipul IV în 3,5%, tipul VIII în 3,5% și tipul XV în 3,5%; b) în 13 cazuri de empieme cu pneumococi, tipul I în 69,2%, tipul III în 7,7%, tipul V în 7,7%, tipul VI în 7,7% și tipul VII în 7,7%; c) letalitatea în pneumonia lobară a fost de 7,7%. După tipul de pneumococ, letalitatea a fost în pneumonia produsă de tipul I de 10,2%, la tipul II de 16,7%, iar în grupa pneumoniilor produse de celelalte tipuri, nu a fost niciun caz mortal.

Am continuat identificarea tipurilor de pneumococi în afecțiunile acute ale aparatului respirator și în anii 1939—40, în clinica medicală I, din Cluj, analizând și din punct de vedere clinic fiecare caz. Rezultatele obținute, am căutat să le interpretăm în legătură cu etiologia lor pneumococică tip specifică, în vederea stabilirii unei eventuale corelațiuni între evoluția și manifestarea clinică a infecțiunii pe de o parte și tipul respectiv de pneumococ pe de altă parte.

Metoda identificării tipurilor de pneumococi a fost cea descrisă de Neufeld sub „Quellungsreaktion”, reacție serologică tip specifică, ce se manifestă printr-o umflare a capsulei pneumococului, când e pus în contact cu serul antipneumococic homolog tip specific. Tipizarea o făceam direct în produsul patologic, spută, puroiu, hemocultură și exudatul peritoneal al șoarecelui inoculat cu aceste produse patologice.

Considerațiunile noastre sunt făcute în legătură cu un total de 68 cazuri, cu afecțiuni pulmonare acute pneumococice, observate în cursul a 7 luni, Decembrie—Iunie 1939—1940.

Repartizarea lor pe luni este următoarea: Decembrie: 4 cazuri (5,9%); Ianuarie: 7 (10,3%); Februarie: 12 (17,5%); Martie: 28 (41,2%); Aprilie: 12 (17,5%); Mai: 4 (5,9%) și în Iunie un caz (1,5%).

După sex: 58 bărbați (85,3%) și 10 femei (14,7%).

Pe grupe de vârstă: între 10—19 ani 13 cazuri (19,1%); 20—29 ani 19 (27,9%); 30—39 ani 19 (27,9%); 40—49 ani 9 (13,3%) și peste 60 de ani 2 cazuri (2,9%).

După ocupațiune: 34 agricultori și muncitori, 16 meseriași, 10 casnice și 8 cazuri funcționari sau altă ocupațiune intelectuală.

În antecedentele a 24 cazuri am întâlnit afecțiuni pulmonare, anume: 9 cazuri au suferit odată de pneumonie, 4 de două ori, unul de trei ori și un caz a avut 6 pneumonii în antecedente. În 4 cazuri am găsit congestii pulmonare, în 3 bronșite, un caz a avut tuberculoză și unul pleurezie. S'a mai găsit în antecedentele personale ale cazurilor observate tabagici 39 și alcoolici 41.

După forma anatomo-clinică: 58 au fost pneumonii (33 pneumonii dr., 21 stg. și 4 duble); 7 congestii pulmonare (3 dr., 2 stg. și 2 duble) și 3 broncho-pneumonii.

Debutul afecțiunii a fost brusc în 63 cazuri și lent în 5 cazuri.

Identificarea tipului de pneumococ s'a făcut în 68 cazuri din spută; din sânge în 4 cazuri, din empiem în 4, din abces în 4 cazuri și din puroiu articular

într'un caz. Distribuția frecvenței tipurilor găsite în spută este următoarea: Tabela I.

TABL. 1. — Distribuția frecvenței tipurilor de pneumococi în 68 cazuri cu afecțiuni acute pulmonare

Tipul de pneumococ.	Pneumonii lobare	Congestii pulmonare	Broncho-pneumonii	TOTAL	
				Nr.	%
I	32	3	1	36	52,9
II	4	—	—	4	5,9
III	1	2	1 (1)*	4 (1)	5,9
IV	2	—	—	2	2,9
V	7	—	—	7	10,3
VII	3	—	1	4	5,9
VIII	2	—	—	2	2,9
XI	1	—	—	1	1,5
XIII	1	1	—	2	2,9
XIV	—	1	—	1	1,5
XVI	1 (1)*	—	—	1 (1)	1,5
XVIII	1	—	—	1	1,5
XX	— (1)*	—	—	— (1)	—
XXXII	2	—	—	2	2,9
neclasif.	1	—	—	1	1,5
TOTAL . .	58 (2)	7	3 (1)	68 (3)	100,0

*) Cifrele din paranteză reprezintă cazurile, în sputa cărora s'au găsit două tipuri de pneumococi, anume: I, XX; I, III și V, XVI.

În 4 hemoculturi pozitive s'au identificat tipurile I, II, V și VII. În puroiul din 4 empieme tipul I. În 4 abcese tipul I și într'un lichid articular tipul I de pneumococ.

Din distribuția frecvenței tipurilor de pneumococi în sputa pneumonicilor, precum și din produsele patologice a diferitelor complicațiuni, rezultă o predominanță a tipului I în 52,9%, apoi în ordinea frecvenței urmează tipurile V (10,3%), II (5,9%), III (5,9%), VII (5,9%), IV, VIII, XIII, etc.

Felul și frecvența complicațiunilor ce au survenit în cursul pneumoniei sau după, în legătură cu tipul de pneumococ considerat ca agentul etiologic microbial al infecțiunii sunt următoarele:

a) *Complicațiuni în focar*: Edemul pulmonar a survenit la un caz cu pneumococ tip I. Abcesul pulmonar metapneumonic în 2 cazuri ambele cu pneumococ tip I;

b) *Complicațiuni în apropierea focarului*. Cele mai frecvente au fost pleureziile. Frecvența lor după tipul de pneumococ, localizare, evoluție și caracterul lichidului pleural este indicat în tabela 2.

TABL. 2. — Frecvența complicațiilor pleurale după tipul de pneumococ

Tipul de pneumococ	Pleurezie în cavitatea liberă				Pleurezie interlobară parapneumonică	Total
	Sero-fibrinoasă		Purulentă			
	Para-pn.	Meta-pn.	Para-pn.	Meta-pn.		
I	4	1	—	2	2	9
IV	—	—	1	—	—	1
V	1	—	—	—	—	1
VII	—	1	—	1	—	2
XIII	—	—	1	—	—	1
XXXII	1	—	—	—	—	1
Total	6	2	2	3	2	15

Un pneumotorace spontan s'a produs la un caz cu pneumococ tip VII.

Pleureziile au survenit deci mai frecvent în cazurile de pneumonie cu tip I, procentual acest tip fiind reprezentat prin 60,0.

c) *Complicațiunile la distanță* nu sunt totdeauna consecința acțiunii directe a pneumococului sau produselor toxice din microorganism cum ar fi substanța S. S. S. din capsulă. Leziuni organice sau insuficiențe funcționale anterioare, pot să fie accentuate în cursul evoluției unui proces pneumonic. Totuși aceste complicațiuni trebuiesc considerate în primul rând ca fiind determinate de patogenitatea agentului infecțios.

În cazurile observate de noi aceste complicațiuni au fost numeroase. În rezumat le redăm în tabela 3.

TABEL. 3. — Felul și frecvența complicațiilor la distanță

Tipul de pn.	Tub digest.	Hepatice	Renale	Sist. nervos	Miocardită	Flebită	Abscese	Otită	Artrită	Total	
										Nr.	%
I	7	7	23	6	1	2	4	1	2	53	65,4
II	—	—	3	—	—	—	—	—	—	3	3,7
III	—	—	2	—	1	—	—	—	—	3	3,7
IV	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	1,2
V	1	1	5	2	—	—	—	—	—	9	11,1
VII	—	—	3	1	—	—	—	—	—	4	4,9
VIII	—	1	1	1	—	—	—	—	—	3	3,7
XI	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	1,2
XXXII	—	—	2	1	—	—	—	—	—	3	3,7
Neclas.	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	1,2
Total . .	8	9	42	11	2	2	4	1	2	81	100,0

Cele mai numeroase complicațiuni la distanță s'au întâlnit în legătură cu pneumoniile tip I (65,4), apoi cu tipul V (11,1%) și VII (4,9%).

Letalitatea. Din 68 cazuri au sucombat 7, deci o letalitate de 10,3%. Tipul de pneumococ în cauză și evoluția clinică a acestor cazuri a fost următoarea:

Cazul I. Pneumonie dr. Empiem meta-pneumonic, abces pulmonar, otită și artrită. În spută și celelalte produse patologice pneumococ tip I. Cazul II. Bronchopneumonie. Abces pulmonar metapneumonic, miocardită. În spută pneumococ tip I și III, în hemocultură tip I. Cazul 3. Congestie pulmonară dublă. Tulburări din partea tubului digestiv și sistem nervos. În spută pneumococ tip I. Cazul 4. Bronchopneumonie la un individ de peste 70 de ani. Miocardită. În spută pneumococ tip III. Cazul 5. Pneumonie dr. Icter. În spută și hemocultură tip V. Cazul 6. Bronchopneumonie. În spută și hemocultură pneumococ tip VII. Cazul 7. Pneumonie dr. Icter și tulburări sistem nervos. În spută pneumococ tip VIII.

Iar dacă raportăm letalitatea la numărul pneumoniilor după tip menționând că la cifrele mici avem o mare eroare probabilă, obținem pentru tipul I o letalitate de 8,3%; tipul III, 25,0%; tipul V, 14,3%; tipul VII, 25,0% și pentru tipul VIII o letalitate de 50,0%.

Toate cele 68 cazuri au fost tratate cu sulfamide, dăganen sau eubazină. Cazurile mortale fac parte din categoria celor care au intrat în clinică într'un stadiu înaintat al boalei și tratamentul cu sulfamide s'a aplicat în 8—10-a zi de boală.

Concluziuni. Într'o serie de 68 cazuri cu afecțiuni acute pulmonare pneumococice s'a identificat tipul de pneumococ prin reacțiunea „Quellung” a lui Neufeld.

Tipurile de pneumococi găsite mai frecvent au fost: I (52,9%), V (10,3%), II (5,9%), III 5,9%) și VII (5,9%).

Complicațiunile pneumoniei în focar, în apropierea focarului și la distanță au survenit în ordinea frecvenței în legătură cu pneumococul tip I, în predominanță, apoi cu tipul V, VII, II, III și VIII.

Letalitatea globală a fost de 10,3%. În cazurile mortale au fost găsite tipul I, III, V, VII și VIII de pneumococ.

Din această cercetare care deși interesează un număr relativ mic de cazuri observate, rezultă că dintre cele 32 tipuri de pneumococi (Cooper), cele mai frecvente și patogene tipuri întâlnite la noi, în etiologia afecțiunilor acute pulmonare sunt: tipul I, II, III, V și VII.

Bibliografie

Ardelean I.: Cercetări în legătură cu etiologia pneumococică a afecțiunilor acute pulmonare. România Medicală, anul XIX, Nr. 13—14, 1941.

Bullowa J. G. M.: Voraussetzungen und technik der Pneumoniebehandlung. Klinische Wochenschrift Nr. 22, 1936. Pag. 769.

White B.: The Biology of Pneumococcus. The Commonwealth Fund. New-York, 1938.

INSTITUTUL DE IGIENĂ ȘI BIOPOLITICĂ CLUJ—SIBIU

Director: Prof. Dr. Iuliu Moldovan

CLINICA I. MEDICALĂ CLUJ—SIBIU

Director: Prof. Dr. Iuliu Hațiegan

„Intrucât Clauden are un efect prompt asupra emoragiilor atât de diverse din punct de vedere etiologic, el reprezintă într'adevăr un stiptic polivalent și medicul are la îndemână mijlocul să oprească imediat orice emoragie, câștigând timp pentru o terapie cauzală, ce ar fi eventual necesară“.

Jubaș: „ZENTRALBLATT FÜR GYNECOLOGIE“ 1918. No. 31.

EMOSTIPTICUL FIZIOLOGIC „CLAUDEN“

S'A DOVEDIT PRETUTINDENI, DE ZECI DE ANI, CA UN PREPARAT DE O INALTĂ EFICACITATE ȘI SIGURANȚĂ, LA EMORAGII DE ORICE ETIOLOGIE

AVANTAJELE SALE SPECIALE SUNT:

- Posibilitatea de întrebuințare imediată
- Efect rapid
- Nici un pericol de supradozare
- Inocuitate la orice formă de întrebuințare

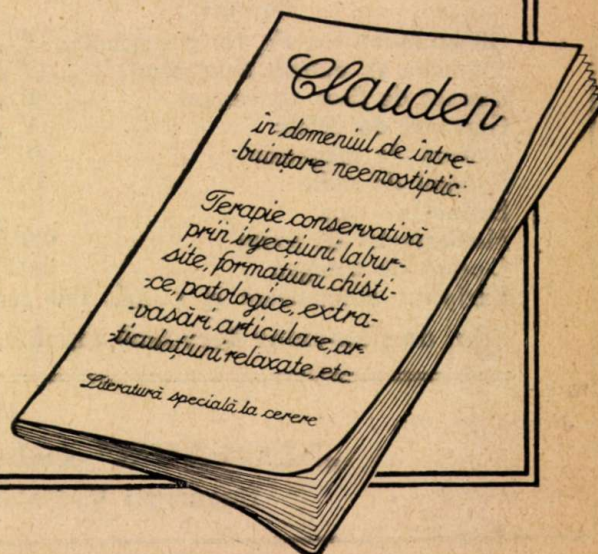
Fiole — Tablete — Praf de presărat

LUITPOLD-WERK, MÜNCHEN

Depozit permanent al Preparatelor Luitpold-Werk:

„Drogueria Standard“ S. A. R.

Str. Sf. Ionică, 8 — București I



ANEMOCIT

Injectii à 2 cmc.

Extract de ficat injectabil, bine desalbuminat și dehidratat

Cuțit cu 5 fiole à 2 cmc.

Anemii pernicioase, gravidice, convalescență.

ANEMOCIT FORTE

in fiole à 5 cmc.

Extract de ficat injectabil, bine desalbuminat și dehidratat

Cuțit cu 5 fiole à 2 cmc.

Anemii pernicioase, gravidice, convalescență.

ANEMOCIT DRAGELE

Flacon à 30 bucăți

Formula :

Principiu antianemic din ficat	0,03	gr.
Protoxalat de fier	0,05	"
Complex vitaminic B din drojdie	0,10	"
Extract de mucoasă stomachică	0,10	"
Excipient aromatizant	0,25	"
pe bucată.		

Anemii pernicioase, gravidice, convalescență.

CEREBROTONIN

Tonic reconstituant pe bază de glicerofosfați, extract de ficat și vitamina B.

Forma A cu arsen

Formula :

Glicerofosfați/Ca, Fe, Na și strichnină	3%
Vitamina B. extract concentrat	2%
Extract de ficat concentrat	1%
Gluconat de calciu	1%
Clorură de magneziu	0,5%
Formiat de sodiu	0,2%
Extract de cola	1%
Metilarseniat de sodiu	0,05%
Clorură de mangan	0,02%
Excipient aromatizant q. s. ad.	100 cmc.

Forma B fără arsen

Formula :

Glicerofosfați/Ca, Fe, Na și strichnină	3%
Vitamina B extract concentrat	2%
Extract de ficat concentrat	1%
Gluconat de calciu	1%
Clorură de magneziu	0,5%
Formiat de sodiu	0,2%
Extract de cola	1%
Clorură de mangan	0,02%
Excipient aromatizant q. s. ad.	100 cmc.

Stări de slăbiciune nervoasă, anemie, depresiune, neurastenii, surmenaj, convalescență.

Mostre și literatură :

„NEOFARM“ Laborator Chimico-Farmaceutic

București V, Calea Vitanului 11 — Telefon 5.73.46.

RESUMÉ

L'analyse clinique des pneumonies en liaison avec leur étiologie pneumococcique de type spécifique

On a identifié le type de pneumocoque dans 68 cas d'affections pulmonaires pneumococciques.

Les types de pneumocoques les plus fréquemment trouvés ont été: I (52,9 %), V (10,3 %), II (5,9 %), III (5,9 %) et VII (5,9 %).

Les complications de la pneumonie ont survenu le plus fréquemment en liaison avec le pneumocoque type I, après avec le type V, VII, II, III et VIII.

La mortalité totale a été de 10,3 %, dans les cas mortels on a identifié le type I, III, V, VII et VIII.

ZUSAMMENFASSUNG

Klinische Analyse der Pneumonien herforgerufen durch spezifische Typen der Pneumokokken

In einer serie von 68 Fällen von akuter Pneumokokkenpneumonie wurde der Pneumokokkentyp nach der Quellungsreaktion von Neufeld bestimmt.

Die häufiger gefundenen Pneumokokkentypen waren: I (52,9 %), V (10,3 %), II (5,9 %), III (5,9 %) und VII (5,9 %).

Komplikationen im Pneumonieherd, in der Nähe des Herdes und in der Entfernung traten überwiegend beim Pneumokokkentyp I auf dann bei Typ V, VII, II, III und VIII.

Die Mortalität war 10,3 %. Bei den tödlichen Fällen wurden gefunden Typ I, III, V, VIII et VIII.

Reumatismul articular enteric

de

Dr. Faur Aron

Reumatismul enteric face parte din marea grupă a reumatismului infecțios în legătură cu un focar infecțios sau infecții bine cunoscute (pseudoreumatisme, reumatoid). În reumatismul enteric joacă rol mare focarul de infecție intestinal. Pe cât de des suntem obișnuiți, în practica medicală de toate zilele, să ne gândim la focarele de infecție dentare și amigdalene, pe atât de rar ne gândim în fața unui reumatism la posibilitatea unui focar infecțios intestinal, pentru că de cele mai multe ori determinările articulare survin tardiv, când procesul morbid enteral este aproape sau chiar vindecăt, iar în alte cazuri episodul intestinal este discret încât foarte ușor ne scapă din vedere.

Problema reumatismului, care a devenit o boală de o importanță socială tot atât de mare ca și tuberculoza și bolile venerice, este mult discutată. Concepțiile etio-patogeniei, clasificării și tratamentului sunt pe zi ce trece atât de multiple și variate dela un autor la altul, încât în materie de reumatism este un adevărat chaos și va mai trece mult timp până se va ajunge la o concepție unitară. Iată de ce credem utilă o schițare a cunoștințelor actuale asupra reumatismului articular enteric, înainte de expunerea observațiilor noastre în legătură cu 4 cazuri clinice.

Reumatismul articular enteric e cunoscut din vechime, *Hippocrate* deja amintește de rolul disenteriei în suferința articulațiilor. *Sydenham* a descris pentru prima dată simptome reumatismale la disenterici, apoi *Strank* și *Zimmermann*, iar *Delieaux* de *Savignac* stabilește raporturile dintre disenterie și reumatism. *Trousseau* în 1860 face o monografie a reumatismului disenteric. Proba de certitudine a legăturilor dintre cele

două afecțiuni a fost adusă abia la sfârșitul secolului al XIX-lea, prin punerea în evidență în punctatul articular a bacililor disenterici. *Morenas* și *Besson* au găsit bacili Shiga în sângele și lichidul articular al bolnavilor și aplicând un tratament cu ser antidisenteric au avut rezultate bune. *Schittenhelm* și *Schlecht* comunică un caz de reumatism articular post-disenteric în 1922, cu un exudat abundent și cu fenomene inflamatorii reduse. Debutul subacut, exudatul abundent cu puține fenomene inflamatorii, localizat monoarticular și cu evoluție lungă realizează aspectul clinic al unei tumori albe a genunchiului. *Schittenhelm* și *Schlecht* atrag atenția asupra faptului că acest reumatism este mai frecvent mai ales după formele ușoare ale disenteriei. *Haas* presupune, că ar fi mai des după tipurile Shiga ale bacilului disenteric, care produce cu deosebire multe endotoxine. Ar contribui la formarea focarului infecțios și modificări sub acțiunea bacililor disenterici a microbilor din grupa coli, care ar produce un antigen identic celui disenteric. În războiul din 1940 din Franța se observă printre prizonierii din lagăre epidemii de disenterie și ca o complicație frecventă a acestei boale reumatism post-disenteric, într'un procent ce variază între 1,7—9,8 %. *Walter* descrie în 1941 numeroase cazuri de reumatism articular post-disenteric, care apare în perioada de reconvașcență a disenteriei. Statisticile autorilor germani dau un procent de reumatism enteric, ce variază între 0,27—10 %. La noi *Stoia* publică în Ianuarie 1943, 4 cazuri de reumatism post-disenteric.

În etiologia reumatismului articular enteric, ca și în a reumatismului în general, joacă rol principal

doi factori: unul infecțios și altul alergic, unii punând accentul pe factorul infecțios, iar alții pe cel alergic. Trebuie însă să admitem, că azi cei mai mulți autori atribuie un rol mai mare infecției și apoi alergiei organismului și iperergiei tisulare, fără a neglija importanța destul de mare și altor factori, fie ei endogeni (constituție, sistemul neuro-vegetativ, ereditate), sau exogeni, (ocupația, locuința, climatul, alimentația, eforturile, etc.) Suprafața intestinală fiind mare poate constitui poarta de intrare pentru microbi și toxine în colita ulceroasă gravă, în enterocolita acută, în polipoza intestinală și mai ales în disenteria bacilară. Walter și alții constată, că reumatismul enteric survine mai ales în faza de reconveniență a disenteriei.

Tabloul morbid — spune Baumgarten — trebuie privit anatomo-patologic și clinic ca fiind acțiunea unei excitații asupra seroaselor și articulațiilor exercitată de un focar de infecție intestinal sau din vesicula biliară. Articulațiile reacționează numai după o sensibilizare suficientă și deci numai după un anumit interval de timp cu o reacție inflamatorie. Walter aduce în sprijinul teoriei alergice o serie de simptome ca: urticarie, fenomene nevritice, modificări ale vitezei de sedimentare ale hematiilor, leucopenie, scăderea titrului aglutinelor. Toxinele oboselii, substanțele albuminoide ale bacililor disenterici și ale altor bacterii intestinale, albumine alimentare cari n'au fost degradate și cari au pătruns prin mucoasa lezată a intestinului sunt tot atâtea alergene. Bolnavi cari înainte de a contracta disenteria au suferit de reumatism sau de focare infecțioase prezintă organismul sensibilizat și atunci în cursul afecțiunii enterale pot apare fenomene reumatice pe care Walter le consideră para-alergice, benigne. Aceste reacționează bine la tratamentul cauzal, față de formele tardive, care apar după ce a cedat procesul intestinal, renitente la tratament, cu un prognostic mai serios.

În etiologia reumatismului articular enteric au fost incriminați bacili disenterici confirmați bacteriologic. Apoi coli, paracoli, enterococi, proteus și alți microbi. Acești microbi (disenterici coli, salmoneloze) localizându-se în intestin formează focare infecțioase mai des la flexurile intestinului gros, în apendice. în eventuali diverticuli, în cec. Din aceste focare se degajează din când în când toxine ori microbi, cari dau fenomene de alergii la nivelul anumitor sisteme de țesuturi, mai ales la nivelul sistemului reticulo-endotelial, a seroaselor ori a suprafețelor sinoviale. Unii dau mai mare rol infecțiilor secundare decât bacilului disenteric.

Simptomatologia reumatismului articular enteric nu se îndepărtează de la caracterele comune ale reumatismelor din această grupă. Adică avem pe o parte focarul de infecție intestinal, iar pe de altă parte simptomele la distanță — fenomenele articulare. În ceea

ce privește focarul de infecție intestinal, el este un accident inflamator acut: disenterie, enterocolită ulceroasă gravă, enterocolită acută sau un proces cronic, polipoză intestinală.

Afectarea articulațiilor survine „ori într-o fază precoce a disenteriei, ori în convalescență”. Procesul inflamator se localizează ori poliarticular (poliartrita enterică), ori oligoarticular (mai frecvent). Prinde în deosebi simetric marile articulații, astfel ambii genunchi sau articulațiile tibio-tarsiene; rămâne fixat pe articulațiile interesate, fără a avea caracterul fluxionar, saltant, foarte renitent la tratament. Procesul articular evoluează subacut și durează 3—4 luni. Rareori are caracter saltant. Edemul și iperemia țesuturilor periarticulare sunt destul de pronunțate. Durerea spontană și provocată este mare. Adeseori se constată un exudat abundent intraarticular având caracterul seros, rar purulent. Nu reacționează la salicilatul de sodiu. În punctatul articular se constată o formulă citologică mixtă cu predominanța polinuclearelor, iar în cazurile cu pioartroză s'au putut pune în evidență bacili Shiga. Se vindecă încet însă fără a lăsa urme.

Afară de aceste simptome se mai constată: febră, care durează uneori luni de zile, tachicardie, ipertensiune arterială trecătoare, urticarie, fenomene nevritice, modificări ale vitezei de sedimentare a hematiilor în sensul unei creșteri accentuate, leucopenie (uneori) anemie. Accentuăm că adeseori localizările articulare sunt precedate sau se complică cu uretrită, conjunctivită, bilaterală ori iridociclită. Adeseori se observă epistaxisuri. Radiologic se întâlnesc frecvent leziuni osoase, traduse prin decalcifieri sau remanieri osoase, osteofite. Reumatismul enteric nu dă leziuni cardiace.

Formele anatomo-clinice sub care se prezintă reumatismul articular enteric sunt variate, de la simple artralгии până la artrite purulente. Între aceste două extreme se întâlnesc mai frecvent artritele însoțite de tumefacție periarticulară, cu sau fără colecție lichidiană, seroasă, intraarticulară.

Evoluția e de lungă durată și cu febră. Cu toate acestea spre deosebire de alte reumatisme din această grupă după luni de zile se produce o restitutio ad integrum anatomică și funcțională a articulațiilor interesate, nu lasă în urma sa anchiloză, deformări, decât în foarte rari cazuri.

Complicații se observă foarte rar. Se descrie pleurezii, periostite.

Diagnosticul este destul de greu. Ca element de certitudine în stabilirea diagnosticului avem: prezența bacililor disenterici în scaun, reacția serologică în sânge și lichidul sinovial, reacția intracutană cu toxina Shiga, constatarea bacililor disenterici în punctatul articular. Să recunoaștem însă că reacția serologică și prezența bacililor în lichidul articular sunt extrem de rare, de

asemenea evidențierea bacililor dizenterici în scaun în multe cazuri e imposibilă, fiindcă bolnavul prezintă fenomenele articulare după ce episodul intestinal a trecut, așa că de cele mai multe ori ne mulțumim cu diagnosticul clinic bazat pe simptomele clinice și evoluția celor două afecțiuni, intestinală și articulară.

Tratamentul se instituie conform concepției etiopatogenetice actuale a reumatismului enteric, adică eliminarea focarului infecțios sau infecției cunoscute și în același timp tratarea reumatismului. Accentuăm aici că este de o mare importanță să căutăm și alte focare infecțioase, (dentare, amigdalene, etc.) preexistente infecției intestinale, cari au sensibilizat în decursul timpului organismul (toxicoza de focar) și la care se adaugă infecția enterală declanșatoare a reumatismului enteric. Incontestabil, că focarul infecțios intestinal poate da și singur reumatism, însă sunt frecvente cazurile când se constată și alte focare infecțioase pe lângă cel intestinal. Astfel Stoia publică mai multe cazuri de reumatism enteric cu toxicoză de focar de origine dentară.

Prin urmare în primul rând se elimină focarele infecțioase dentare, amigdalene, dacă există — apoi se va trata afecțiunea intestinală. În caz de disenterie tratamentul adecvat (ser antidisenteric, bacteriofag etc.), și tratamentul enterocolitelor ulcerose grave, polipozei intestinale.

În al doilea rând vom apela la metodele terapeutice antireumatice cunoscute, căutând să individualizăm întru câtva fiecare caz pentru că unii reacționează bine la un mijloc, iar alții la alt mijloc terapeutic.

Ca remedii antireumatice administrăm medicamentele clasice: pyramidon, atophan, aspirină, sulf coloidal, etc. Desensibilizăm organismul prin diferite mijloace: autohemoterapie, autoseroterapie, injecții intramusculare de lichid sinovial. Sulfamidoterapie, terapie de excitare nespecifică (pyretoterapie: injecții de lapte, yatren-caseină, aolan, pirifer, etc.). Vitaminoterapie (vitamina B și C), transfuzii sanghine mici (100—150 cmc.) și repetate, uneori rezultate bune cu Histamină, tinctură de Colchica, fizioterapie (ultrascute, etc.) staze Bier. Toate acestea se administrează pe lângă un regim igienico-dietetic adecvat, constituit mai mult din: sucuri de fructe, legume, făinoase, etc. cu reducerea la maximum a albuminelor — mai ales în faza febrilă.

Redăm mai jos observațiile noastre clinice în legătură cu 4 cazuri observate în ultimii doi ani.

Obs. I. N. I. 40 ani, plugar, din Berislăvești jud Argeș.

Antecedentele heredocolaterale: fără importanță. Ant. personale: La 15 ani pojar, la 16 ani malarie. Fumător moderat.

Istoricul boalei actuale: În urmă cu 6 săptămâni boala a început brusc în plină sănătate prin scaune lichide, spumoase și frecvente 5—10 la zi, dureri difuze abdominale. După câteva zile scaunele devin mai frecvente, muco-sanghinolente, însoțite de tenesme, starea generală se alterează, febră, amețeli. În urma unui tratament toate aceste fenomene au cedat în decurs de 3 săptămâni.

mâni. Pe la sfârșitul săptămânii a treia însă îi apar dureri în articulațiile genunchiului și tibio-tarsiene bilateral și simetric, precum și în regiunea lombară, apoi tumefacția țesuturilor periarticulare, slăbire în greutate și forțele fizice, tremurături în extremități. Aceste suferințe articulare se mențin 3 săptămâni cu aceleași caractere, localizate pe aceleași articulații fără tendință de regresie, ceea ce determină pe bolnav să se interneze în clinică la 11 XI, 1942.

Examenul obiectiv: Bolnav de constituție astenică. Tegumentele și mucoasele vizibile ușor palide. Testul muscular și adipos reduse, ganglionii nu se palpează. Articulațiile genunchilor și tibio-tarsiene bilateral sunt prinse de procesul inflamator, dureri, impotență funcțională, tumefacția țesuturilor periarticulare, fără semne de colecție intraarticulară, temperatura locală ușor ridicată. Celelalte articulații sunt libere. Tens. art. = 12,5—6,5 viteza de sedimentare a hematiilor după 2 ore = 135. În urină se constată puroiu slab pozitiv, iar în sediment frecvente leucocite și celule epiteliale descuamative. Gradul anemiei: hemoglobină — 75%, hematii 4.200.000. Leucocite: 8.500 R. Wassermann — negativă. În rest la examenul diferitelor organe și aparate nu se constată nimic patologic. E vorba de reumatism post-disenteric. I-se instituie un tratament cu pyramidon, Dagenan, însă fenomenele articulare nu cedează. Se trece la o terapie de excitare nespecifică prin injecții de lapte. tratamentul local fizioterapeutic pe care-l urmează la clinica Balneologică. După 5 săptămâni părăsește clinica aproape vindecat, mai presistând ușoare dureri articulare.

Obs. II. P. V. 46 ani. Conducător tehnic din Ploiești. Anteced. heredocolaterale, fără importanță. Antecedente personale: tuse convulsivă, gripă, uretrită gc.

Istoricul boalei actuale: În 12 Iunie 1942 a fost internat într'un spital din Ploiești, unde i s'a stabilit diagnosticul clinic de enterocolită disenteriformă, care a durat până în 30 VI. în care interval de timp i-se aplică diferite tratamente inclusiv serantidizenteric. De atunci a rămas cu dureri în reg. epigastrică mai ales după mâncări grele, apoi scaune moi 2—3 la zi, fetide, flatulență cu ușoare tenesme uneori. În decursul celei de a treia săptămână de boală a început să aibe dureri în articulația genunchiului bilateral, dureri mari urmate la mic interval de timp de o tumefacție pronunțată a țesuturilor periarticulare, cu impotență funcțională a acestor articulații. Cu aceste acuze se internează în clinica noastră în 21 Iulie, deci după 3 săptămâni dela declanșarea fenomenelor articulare.

Examenul obiectiv: Bolnav de statură mijlocie. Țesutul muscular și adipos puțin redus. Ambele articulații a genunchilor sunt prinse, edemate, tumefiate, ușor iperemice cu temperatura locală mai ridicată, mai ales la dreapta, unde se constată semne de colecție intra-articulară, confirmată printr'o puncție prin care se extrag 60 cmc. lichid serocitrin bogat în elemente polinucleare, celule endoteliale, fără floră bacteriană (Inst. de Igienă). Restul articulațiilor nu sunt prinse. Prezintă sensibilitate subiectivă și obiectivă în cele 2 flancuri abdominale și epigastru. Ex. materiilor fecale: Scaun moale, galben, aerat, fetid, cu reacție acidă, microscopic floră iodofilă amidon intra și extracelular, rari fibre musculare incomplet digerate, câteva hematii. În urină urme de puroiu, iar în sediment frecvente leucocite cu celule epiteliale. Leucocite 4.800. Tens. Art. 12—7,5 temperatura 37,5, puls 100, viteza de sedimentare 120, după 2 ore, se constată focare infecțioase dentare (clin. Stomatologică). Radiografia genunchiului drept nu arată leziuni osoase. E vorba de reumatism articular post-disenteric cu toxicoză de focar. Se administrează un tratament antireumatic cu pyramidon, se tratează colita, se extirpă focarele infecțioase dentare, dar fenomenele articulare persistă. Trece la un tratament cu inj. de Casein-yatren, alternând cu autovaccin preparat din materiile fecale, iar local staze Bier. Urmează acest tratament 20 zile

in care timp s'a produs o ameliorare pronunțată, apoi e transpus la clinica Balneologică.

Obs. III. J. I. 38 ani muzicant, din București, A.H.C. tatăl suferă de arterioscleroză. A. P. La 8 ani difterie, la 10 ani febră tifoidă, de mai multe ori infecție gc. Istoricul boalei actuale: In August 1942 fiind concentrat printre soldați s'au ivit mai multe cazuri de imbolnăviri similare: diaree cu o stare febrilă. La 13 August in mod brusc prezintă scaune diareice, 10—15—20 la zi, fluide, galbene verzui, dureri difuze abdominale cu stare generală alterată: indispoziție, febră 38—39 grade, astenie, fenomene cari au durat aproape 2 săptămâni, in care timp nu prea a ținut tratamentul indicat. La începutul celei de a treia săptămână se prezintă dureri poliarticulare, cari cuprind bilateral și deodată mai multe articulații, atât la membrele superioare (radiocarpene, cotului) cât și la membrele inferioare (genunchi, tibio-tarsiene). Articulațiile genunchilor au început să se tumefieze, mai ales stânga. Urmează un tratament antireumatic, după 12 zile durerile reumatice cedează la o parte din articulații, rămânând numai la genunchi, mai ales la cel stâng, ușoare subfebrilități. Cu aceste acuze se prezintă la clinică in 20 Sept. 1942. Examenul obiectiv: bolnav de statură mijlocie. Tesutul adipos și muscular bine dezvoltat. Articulația genunchiului stg. este foarte tumefiată, prezintă semne de colecție lichidiană intraarticulară, prin puncție se evacuează 20 cmc. lichid serocitrin cu multe leucocite și rari celule endoteliale, Tens. art. 10,5—7, leucocitoza 7,900; in urină urme de puroiu, iar in sediment frecvente leucocite și celule epiteliale descoamative, floră microbiană banală. Afebril, puls 76, viteza de sedimentare a hematiilor după 2 ore 128. Radiografia articulațiilor genunchilor. (Inst. de Radiologie): La nivelul tuberculului intern al tibiei stg. imediat sub el există o zonă de clarifiere de mărimea unui bob de mazăre. Condilul extern stg. imediat sub suprafața articulară prezintă și el o zonă mică de clarifiere. Spațiile articulare sunt radiologicește normale. E vorba de reumatism articular enteric. Se administrează tratament intern cu pyramidon, iar local staze Bier, fizioterapie, după care edemul periarticular cedează, durerile articulare scad mult și bolnavul părăsește clinica, urmând tratament ambulator la clin. Balneologică.

Obs. IV. P. I. de 33 ani, frânar la C. F. R. din Alba Iulia, vine in clinică pentru dureri poliarticulare. Anteced. herodocolaterale: nimic important. A.P. a suferit mult timp de dinți. Istoricul boalei actuale: In sărbătorile Crăciunului consumând cartaboși alterați a început să se simtă rău, grețuri, amețeli, inapetență, dureri de cap, febră, apoi vărsături alimentare și bilioase, dureri epigastrice. După 2—3 zile dela instalarea acestor simptome ii apar dureri articulare cari prind treptat aproape toate articulațiile extremităților, cu tumefacția unora. După 7—8 zile toate acuzele cedează, afară de durerile articulare cari continuă să persiste in articulațiile scapulo umerales, genunchilor și tibio-tarsiene insoțite fiind de o ușoară tumefacție periarticulară, de asemenea mici subfebrilități, 37,4—37,6° cu ușoare dureri abdominale. Cu aceste acuze se internează in clinică in 10 I. 1943. La examenul obiectiv se constată: dureri la mișcările active și pasive in art. scapulo-umerales, genunchilor și tibio-tarsiene bilateral și o discretă tumefiere a acestora din urmă. Tens. art. 13,5—8; temperatura 37,5 puls 100, leucocitoza 8,600, focare infecțioase dentare (Clin. Stomatologică) și amigdalit cr. criptică cazeoasă (Clin. O. R. L.) E vorba aci de un reumatism poliarticular infecțios la producerea căruia au contribuit 2 factori: pe de o parte focare infecțioase vechi dentare și amigdalitene (toxicoza de focar) cari au sensibilizat organismul, iar pe de altă parte toxiinfecția alimentară cu tulburările digestive consecutive cari au declanșat procesul articular. Se extirpă focarul infecțios dentar (clin. Stomatologică), desinfecție naso-faringeană, tratament antireumatic cu pyramidon, combatem tulburările digestive și bolnavul după 10 zile părăsește clinica fără să mai prezinte dureri articulare.

Din observațiile noastre făcute in cele 4 cazuri clinice tragem următoarele concluzii:

La 3 din cazuri simptomele reumatismale au apărut tardiv in a treia săptămână, când fenomenele enterale erau regresate, scaun normal, cu excepția unuia care a rămas cu o colită de fermentație. La unul din cazuri fenomenele articulare au apărut precoce in a doua zi de boală. Aci, in spiritul concepției unora (Walter etc.) credem că infecțiile de focar (dentare, amigdalitene) preexistente infecției enterale au sensibilizat organismul și astfel infecția intestinală a declanșat reumatismul articular într-o fază precoce. La două din cazuri s'a făcut radiografia articulațiilor (Inst. de Radiologie) constatându-se la unul leziuni osoase reprezentate prin decalcifieri, asupra cărora diferiți autori insistă mult in timpul din urmă, iar la celălalt aspect normal al articulațiilor din punct de vedere radiologic. La toate cazurile am găsit viteza de sedimentare mărită, ceea ce dovedește că infecția joacă mare rol in reumatismul enteric. La unul din cazuri (Obs. III) după ce a trecut puseul poliarticular, procesul a rămas cantonat numai pe articulațiile genunchiului stg. cu colecție lichidiană intraarticulară luând aspectul unei monoartrite cu puține fenomene inflamatorii, ceea ce ușor putea duce — in acest studiu — la confuzia cu o tumoră albă a genunchiului, însă evoluția și vindecarea fără urme a artritei a confirmat diagnosticul pus la început. Tratamentul este de lungă durată, variază și se îndreaptă in primul rând contra focarului infecțios apoi vine cealaltă terapie antireumatică atât de polimorfă in care terapia de excitare nespecifică joacă un mare rol.

CLINICA MEDICALĂ I.

Director: Prof. Dr. I. HAȚIEGAN

RESUMÉ

Le rhumatisme articulaire entéritique.

L'auteur après avoir succintement exposé le tableau nosologique du rhumatisme articulaire entéritique, décrit 4 cas cliniques et arrive aux conclusions suivantes:

Le rhumatisme articulaire entéritique a pour origine un foyer infectieux intestinal, survenant le plus souvent à la suite des infections intestinales aiguës, dus aux bacilles du groupe dysentériques, coli para-coli enterococque. Il interesse généralement les grandes articulations et présente un caractère exudatif et une évolution sub-aiguë. Dans la majorité des cas, il guérit, sans séquelles.

ZUSAMMENFASSUNG

Gelenksrheumatismus auf enteritischer Basis

Nachdem der Verfasser das für Gelenksrheumatismus auf enteritischer Basis charakteristische Krankheitsbild kurz schildert, beschreibt er 4 Krankheitsfälle und zieht die Schlussfolgerung:

Die Polyarthrits articularis enteritica ist ein durch Infektionsherde des Darmes bedingter Rheumatismus. Am häufigsten tritt er nach akuten Darminfektionen auf, die durch Ruhr-Coli, Paracoli-bazillen oder Enterokokken bedingt sind. Gewöhnlich werden die grossen Gelenke davon befallen; die Krankheit hat exsudativen Charakter, und entwickelt sich subakut. Die Mehrzahl der Fälle heilt ohne Folgeerscheinungen.



MYKOCID

TINCTURĂ

(Combinatie de jod și fuxină)

**Micozicid puternic, cu
acțiune rapidă și eficace**

Flacon original cu 50 gr.



SENNA-CARBON

TABLETE

(Combinatie de folia sennae plv., fel. tauri depur., carbo depur., sulfur. depur., ol. foeniculi B. Ol. menthae)

**Medicament pentru trata-
mentul afecțiunilor ga-
stro-intestinale. (Gastrite -
intoxicațiuni alimentare, con-
stipații acute și cronice)**

Cutia orig. cu 100 tablete

Fabrica HYGEA-CLUJ S. A. R. București

Splaiul Unirii 127

Telefen 4.22.44

Produse „Ufarom“ fost Egger Cluj-București

**Noua terapie specifică a tuturor
infecțiunilor strepto-stafilococice cu**

Septamid Sulfamidă albă.

tabl. în tub de 10 à 0.30
" " " " 20 à 0.30
" " borcane " 100 à 0.30

Medicațiune chimico-terapică din grupul P. Aminophenylsulfonamid lipsit total de fenomene toxice, chiar după administrare mai îndelungată.

Beneurin, vitamina B₁

mitte injecții 3 fiole de 1 cc à 5 mgr
forte " 3 " " 1 cc à 25 mgr

cristalizată, chimic pură. $C_{12}H_{17}OSCIHCl$.
Preparat conținând vitamina B₁, **vitamina antinevritică.**

INDICAȚIUNI: Vitamina B, fiind neurotropă are indicațiuni foarte variate în nevrite de orice origine și localizare, și polynevrite cu turburări spastice și paralitice etc.

C e v a l Vitamina C.

injecții 10/1 ccm 0.05
" 5/2 ccm 0.10
" 3/5 ccm 0.50

Este un preparat de acid ascorbic chimic pur.

INDICAT: În toate cazurile unde se constată o insuficiență a vitaminei C.

Hepacit Extract de ficat și mucoasă stomacală.

injecții de 2 cmc

Extrem de activ și perfectă tolerabilitate. Ameliorează rapid starea generală, iar numărul globulelor roșii și indicele hemoglobinic crește chiar dela începutul tratamentului.

INDICAT: în anemii secundare provocate de hemoragii, anemie pernicioasă, anemii consecutive maladiilor infecțioase. Protejează celulele hepatice, evită șocul operator etc., etc. Se administrează în injecții intramusculare.

Eșantioane medicale și literatură:

Laboratorul Farm. V. G. CIOCOIU
București, str. Matei Voevod Nr. 35 - Telefon 3.88-97

O complicațiune rară în lăuzie; piosalpinx perforat

de

Dr. Maxim Păunescu

În lăuzie înafară de complicațiile comune, cunoscută, și întâlnite mai des, ca infecția puerperală sau subinvoluția uterină, constipațiunea și lipsa micțiunii spontane, mai sunt și complicațiuni, din partea anexelor, ce aduc în mod permanent, o schimbare în rău, a lăuziei, cu mers normal, până la un anumit timp.

De altfel la cele mai multe sarcini coexistența lor cu tumori anexiale uni- sau bilaterale, mai ales când au un volum relativ mic, nu împiedică cu nimic evoluția normală a sarcinei, iar în momentul nașterii, sau a expulsiei placentei, deși sunt tromatizate mai mult sau mai puțin, ele de obicei nu se rup, iar sarcina ca și nașterea și lăuzia, au o evoluție normală.

Rar s'a observat, ca o tumoră anexială nediagnosticată, în timpul sarcinei și aproape de momentul nașterii, să sufere tromatizarea acestor faze în timpul nașterii și să dea o complicațiune tardivă în a 9-a zi a lăuziei până aci normală, prin urmare către sfârșitul lăuziei propriu-zise, atunci când bolnava se pregătea, să părăsească patul și chiar serviciul nostru.

Complicațiunea survenită, a fost foarte puțin obișnuită, prin fenomenele de peritonită generalizată, ce s'a manifestat în urma perforațiunii a unui piosalpinx drept ce numai la sfârșitul lăuziei a dat aceste simptome surprinzătoare.

Este cazul bolnavei P. A. în etate de 34 de ani, ce în antecedentele heredo-colaterale și personale, nu prezintă nimic deosebit. A avut două nașteri normale, iar ultima menstruație a sarcinei în discuție a fost la 15 Decembrie 1939.

Sarcina a evoluat normal, până la termen când bolnava se prezintă în serviciul Institutului Obstetric Sibiu, la data de 10 Septembrie 1940, prezentând dureri de naștere rari, și de intensitate mijlocie. La examenul medico-obstetrical extern, se constată o prezență și poziție normală a fătului, având capul mobil, la nivelul strâmtorii superioare.

După aproximativ patru ore dela internare, durerile de naștere s'au accentuat, devenind mai dese, astfel ca după o oră în urma contracțiunii puternice bolnava da naștere la un făt de sex masculin în greutate de 4200 gr. având diametrele craniene, în limite normale. Expulsia placentei s'a efectuat, în mod spontan, fără nici un inconvenient.

Începând cu aceasta dată, lăuzia bolnavei prezintă în primele 48 ore o stare generală bună, iar temperatura oscila între 37,3°—37,5°. Aceasta stare de subfebrilitate revine la normal începând cu ziua treia, și se menține până în ziua a opta a lăuziei. În tot acest timp involuția uterului se face normal găsindu-se în ziua a opta la două degete deasupra simfizei, lochiile fiind seoroase în cantitate relativ mică fără nici un miros.

La palparea abdominală nu se găsește nici o sensibilitate a foselor iliace. Bolnava prezintă o stare generală bună, alăptarea făcându-se în mod natural și bolnava se pregătea să părăsească serviciul nostru.

În ziua a noua a lăuziei fără nici un efort sau simptom de complicație anterioară, se observă o accensiune febrilă ajungând la 39,5° într'un mod surprinzător de rapid, și coexistând cu o sensibilitate intensă în fosa iliacă dreaptă. După aproximativ o oră această sensibilitate s'a redus în intensitate, însă la examenul medical se constată prin palpate un început de defensă musculară, în fosa iliacă dreaptă, care în mod vizibil se extindea către hipocondrul drept, având tendința de generalizare. Pulsul devine frecvent, mai slab, ajungând la 100—120 pulsațiuni pe minut, iar starea generală se înrăutățește, constatându-se o stare ce evolua sub forma unui puseu acut de apendicită perforată, rămasă până atunci necunoscută.

Starea generală la aproximativ 2 ore dela apariția primelor simptome, devine din ce în ce mai rea, defensiva musculară extinzându-se spre hipocondrul stâng, iar orice palpate cât de superficială provoacă bolnavei dureri intense. Pulsul devine din ce în ce mai frecvent și mai slab, ajungând până la 140 pulsațiuni. Fața bolnavei ia un aspect vizibil din ce în ce mai apropiat de o stare peritoneală gravă. Bănuindu-se o perforație apendiculară cu evoluție de peritonită supraacută și tendință de generalizare rapidă, se fac pregătirile necesare, operațiunii urgente.

După remontarea bolnavei, se face laparatomie mediană subombilicală și după deschiderea cavității abdominale, se constată fenomene peritoneale avansate din partea organelor abdominale. În regiunea cecului și a apendicelui cecal se găsește o masă de aderențe neoformate, iar anexa dreaptă prezenta o perforațiune largă având un diametru de 2—3 cm. Aceasta perforațiune s'a efectuat, în mod spontan către sfârșitul lăuziei propriu-zise, dând simptomele de peritonită generalizată cunoscută.

Se efectuează în mod clasic o salpingectomie, după care în urma bridelor ridicate și a eliberării organelor abdominale, se spală în mod larg cu ser fiziologic steril, iar pentru preîntâmpinarea unor accidente postoperatorii grave, se face drenarea cavității abdominale introducându-se drenul Miculitz. Se închide cavitatea abdominală și starea generală a bolnavei rea se îmbunătățește în urma cardio-tonicelor administrate, precum și prin introducerea a unei cantități de 600—700 gr. ser fiziologic subcutan, și a unui Murphi cu ser glucozat în cantitate de 300 gr.

Cu aproximativ 48 ore după operație starea generală a bolnavei, începe să se amelioreze, pulsul fiind 100—110, bine bătut, iar după 3 săptămâni bolnava părăsește serviciul nostru în afără de orice pericol, urmând a face pansamente în mod ambulator.

Cazul acesta prezintă o importanță medicală deosebită, prin faptul că în timpul evoluției lăuziei normale, survine în mod fudroaiant o stare de peritonită generalizată acută, ce din punct de vedere obstetrical nu a putut fi găsită origina imediată a acestei evoluții rapide. Această stare a perforației piosalpinxului a rămas necunoscută, nouă, până când s'a manifestat primele semne de peritonită, cu atât mai mult cu cât această stare am atribuit-o unei perforații apendiculare. În lăuzie perforația tumorilor anexiale se întâmplă în mod obișnuit în timpul nașterii deoarece atunci este momentul culminant al tromatizării anexelor bolnave. Această perforație a piosalpinxului efec-

tuându-se în mod rapid, deși la examenul genital repetat nu dădea nici un semn caracteristic existenței ei anterioare, ne-am gândit mai întâi la o perforație a apendicelui cecal sau la o eventuală perforație a vîzicii biliare deși, aceasta nu cadra, cu nici un simptom din timpul gravidității. S'a pus problema existenței unui abces al peretelui abdominal, sau a unei eventuale ileus sau volvulus, dar în nici un caz nu s'a bănuț existența unui piosalpinx care să dea o perforație așa de tardivă.

În lăuzie complicată, de existență a unor tumori ovariene cum ar fi chistele torsionate, în mod firesc, ar trebui să existe simptome care să ne pună pe calea depistării lor, dar ca să perforeze un piosalpinx, cu evoluție lentă și atât de tardiv, în timpul lăuziei, fără nici o legătură cu nașterea, aceasta este un fapt rar, întâmplat și care prin evoluția lui, se întâlnește în mod neobișnuit.

Dacă din punct de vedere clinic în obstetrică atât nașterea cât și lăuzia poate da complicațiunile cele mai neobișnuite; din punct de vedere medico-obstetric perforațiunea spontană, tumorilor anexiale și tardivă în lăuzie este un fapt, foarte rar întâlnit și care pune pe medicii obstetricieni, în mare încurcătură, deoarece dacă dela începutul gravidității, aceste tumori anexiale, nu s'au descoperit și tratat, cu atât mai puțin, pot fi diagnosticate și tratate, într-o sarcină mai avansată.

Se impune deci, ca o regulă generală ca ori-decâteori, se întâlnesc cazuri de graviditate complicată, cu boli ale anexelor, să se dea o mare importanță acestor bolnave prin instituirea unui tratament serios, iar bolnavelor trebuie a li se face un control genital, mai des decît în mod obișnuit, fiindcă în cazul cînd acestor afecțiuni anexiale, nu li se dă importanța cu-

venită nu este exclus ca în toate momentele importante ale sarcinii și mai ales ale nașterii, ce prin traumatizarea ce-l exercită asupra acestor anexe bolnave, poate da o perforație și o complicație gravă cu urmări uneori fatale.

Dacă acest moment culminant al pericolului a trecut, în lăuzie se impune observare atentă pentru a nu avea surpriza ca prin netratarea și neobservarea atentă, a acestor afecțiuni anexiale, mai ales cînd bănuim, că au un conținut purulent, să fim puși în fața unei stări grave a bolnavei și fără a cunoaște originea adevărată, a locului de unde pornește această infecțiune peritoneală, să se procedeze de urgență la intervenția chirurgicală necesară.

RESUMÉ

Une complication rare pendant les couches: pyosalpinx perforé

L'auteur relate l'observation d'une malade de 36 ans, qui 9 jours après un accouchement et des couches normales fait un syndrome abdominal suraigu et où à l'intervention chirurgicale exécutée d'urgence, on constate une perforation d'un pyosalpinx droit avec des phénomènes péritonéaux. La malade a guéri.

ZUSAMMENFASSUNG

Eine seltene Komplikation im Wochenbett: perforierte Pyosalpinx

Der Autor berichtet über eine Kranke von 36 Jahren, die 9 Tage nach normal verlaufener Geburt und Wochenbett supraakute abdominale Symptome zeigte und bei welcher man bei der dringend ausgeführten Operation eine Perforation einer rechtseitigen Pyosalpinx mit Peritonitis fand. Heilung.

Activitatea Instituțiilor Sanitare

Activitatea Subcentrului Antirabic Sibiu

— 1939 — 1942 —

de

Dr. N. Comșa

A. Introducere

Subcentrul Antirabic din Sibiu și-a început activitatea la 26 Iulie 1939, funcționând fără întrerupere până în prezent, în conformitate cu normele de des-centralizare a tratamentului profilactic al turbării, fixate de Min. S. O. S. și de Institutul Antirabic Central „Dr. V. Babeș”.

Acest serviciu funcționează ca secție aparte în cadrul Spitalului Public, având destinate un număr de patru camere, cu o capacitate de spitalizare de 20 paturi. Dotarea cu mobilierul, instrumentarul și medicamentele necesare a fost făcută de către Spital în condiții mulțumitoare, încât a permis desfășurarea unei activități normale.

Vaccinul este procurat dela Institutul Central, prin curier special; cantitatea adusă odată fiind suficientă pe timp de 2—3 luni.

Ca personal Subcentrul dispune de: un medic conducător, o supraveghetoare și un personal de serviciu.

Zona deservită se extinde asupra județelor Sibiu și Făgăraș, precum și o parte din județele Târnava-Mare și Târnava-Mică; luând însă în tratament după cum se prezintă toate cazurile indicate, indiferent de locul lor de origine.

Cu concursul Inspectoratului General Sanitar Sibiu, au fost difuzate prin conferințe și ordine circulare, toate informațiile privitoare la aplicarea tratamentului antirabic la Subcentru, respectând normele și directivele fixate de Institutul Central.

Colaborarea organelor administrative, sanitare umane și veterinare a fost solicitată prin adrese și circulare, obținând pe baza unei depline înțelegeri, concursul efectiv în toate chestiunile în cari cooperarea acestor factori era reclamată de însăși natura lucrărilor executate la acest serviciu.

Capacitatea de spitalizare este suficientă pentru zona deservită, astfel că toate cazurile provenite din afara orașului reședință au putut fi internate gratuit.

Militarii au fost luați în tratament numai dacă erau trimiși de către Spitalul Militar sau P. S. a unității căreia aparțin.

Pentru a fixa dela început prisma prin care va trebui să privim rezultatele tratamentului aplicat, precum și valoarea datelor statistice și a concluziilor formulate, ținem ca să precizăm că au fost tratate în curs de patru ani 1427 persoane mușcate și numai un număr infim de 12 cazuri, care prezentau plăgi mușcate mai grave, fie prin localizarea lor la nivelul extremității cefalice, fie prin profunzimea și multiplicitatea lor, au fost îndrumate pentru a urma tratamentul la Institutul Central București.

B. Activitatea Subcentrului

În cele ce urmează voi expune amănunțit, activitatea depusă dela înființarea acestui serviciu până la 1 Ianuarie 1943, bazat pe datele statistice extrase din „Registrul de tratament” a „Foilor de observație” precum și pe rezultatele experienței câștigate în cursul celor 4 ani de când conduc acest serviciu.

1. Frecvența generală

Pentru a ilustra statistic mișcarea bolnavilor în cursul celor 4 ani redăm mai sus tabela Nr. 1.

TABEL Nr. 1 — Mișcarea bolnavilor

Anul		Totalul consultațiilor	Neadmiși	S'a suspendat tratamentul animalul fiind sănătos după 14 zile	Persoane tratate	
					Complet	Incomplet
1939	Global	138	—	25	110	3
	Procent	100%	—	18.0%	79.7%	2.3%
1940	Global	455	19	63	361	12
	Procent	100%	4.2%	13.8%	79.3%	2.7%
1941	Global	645	27	70	503	45
	Procent	100%	4.1%	10.9%	78.0%	7.0%
1942	Global	547	61	93	360	33
	Procent	100%	11.2%	17.0%	65.8%	6.0%
Total 4 ani	Global	1785	107	251	1334	93
	Procent	100%	6.0%	14.1%	74.7%	5.2%

Analizând datele din această tabelă observăm că din cele 1785 persoane care s'au prezentat la consultație în curs de 4 ani, un procent de 74.7% au urmat tratamentul complet; nu au fost admise, nefiind indicate pentru tratament un procent de 7.0% (în ce privește indicațiile pentru tratament vezi circularele Institutului Central Dr. V. Babeș, Sibiul Medical Nr. 6—12, anul 1940); au sistat tratamentul din proprie inițiativă fără a-l termina 5.2% (aici se cuprind toate persoanele luate în tratament ca fiind indicate și care s'au sustras fără a le putea readuce cu toate constrângerile aplicate); la un procent de 14.1% li s'a suspendat tratamentul din cauză că animalul care le-a provocat rănila a fost confirmat sănătos după 14 zile de observație veterinară.

Analizând mai amănunțit datele din aceeași tabelă, observăm o creștere a frecvenței consultațiilor în ultimii ani, datorită însă mai mult persoanelor care nu au fost admise la tratament și căroră li s'a suspendat tratamentul, animalul continuând a fi sănătos după 14 zile dela data mușcăturii; ca dovadă a eficacității propagandei susținută de Subcentru, care a reușit a capta încrederea populației pe care o deservește, evidențindu-se acest fapt prin prezentarea la consultații a unui număr din ce în ce mai mare, chiar și din rândul acelor persoane care nu au indicația unui tratament.

Creșterea procentajului celor neadmiși în ultimul an se datorește și faptului că selecția cazurilor în

urma experienței câștigate se face cu mai multă rigurozitate.

Creșterea procentului persoanelor cărora li s'a suspendat tratamentul după 14 zile de observație veterinară, constituie o dovadă a intensificării colaborării efective din partea serviciilor sanitare veterinare, care ne comunică în ultimul timp cu mai multă conștiinciozitate și promptitudine rezultatele observației lor.

2. Distribuția pacienților după locul de origine

Aparent mediul rural ar participa cu un număr mai mare de cazuri, fiind reprezentat prin un procent de 86%; iar mediul urban (capitale de județe) numai prin 14%; raportând însă numărul persoanelor mușcate la cifra populației mediului respectiv, constatăm că frecvența este mai mare în mediul urban; astfel în județul Sibiu la sate obținem un procent de 0.16% de persoane mușcate, pe când în Municipiul Sibiu un procent de 0.20%, având deci în mediul urban al acestui județ o frecvență cu 0.4%, mai mare decât în cel rural.

Repartizând persoanele tratate după județul de origine constatăm că în ordinea mărimii frecvenței se prezintă astfel: 1. Județul Târnava-Mare 27.3%; 2. Jud. Sibiu 27.2%; 3. Jud. Târnava-Mică 22.5%; 4. Jud. Făgăraș 8.7%. Un procent destul de însemnat de 14.3% din totalul bolnavilor au provenit din alte județe, între aceștia fiind înglobați cu deosebire soldații dela unitățile aparținătoare Spitalului militar din Sibiu.

3. Repartizarea persoanelor tratate pe profesii

După felul ocupației bolnavii se repartizează după cum urmează:

Copii 0—7 ani	9.3%
Elevi	14.7%
	24.8%
Agricultori	25.7%
Casnică	20.4%
Militari	12.7%
	82.8%
Meseriași, comercianți	8.4%
Funcționari birou	5.7%
Servitori	2.9%
Fără profesii	0.2%

Din cele de mai sus constatăm că plugarii participă cu cel mai mare procent, urmați fiind de copii până la 7 ani și elevi. Dacă ținem cont că în categoria „casnică” și „militari” majoritatea sunt tot plugari, constatăm că aproape 3/4 din pacienți sunt de proveniență rurală, ocupația de agricultor prin însăși natura ei fiind mai expusă agresiunii animalelor suspecte de turbare.

Procentul însemnat de 12.7% soldați este explicabil prin importanța Sibiului ca garnizoană militară, în plus justifică necesitatea funcționării acestui serviciu în timp de războiu.

Cel mai redus număr de pacienți îl dau meseriașii, comercianții și funcționarii de birou, fapt de altfel explicabil prin condițiile lor speciale de muncă, venind cu mult mai rar în contact cu animalele domestice.

4. Distribuția pe sex

Din cele 1367 persoane care au urmat tratamentul în timp de 4 ani, 68.7% sunt bărbați și numai 31.3% femei; ceea ce denotă că persoanele de sex masculin prin însăși natura ocupației lor înafară de casă sunt expuși agresiunii animalelor presupuse turbate decât femeile, reprezentând mai bine de 2/3 din totalul persoanelor tratate.

Analizând datele din tabela Nr. 2, constatăm o

TABEL Nr. 2. — Distribuția pe sex a bolnavilor

Anul	Global		Procent	
	Bărbați	Femei	Bărbați	Femei
1939	75	35	68.2%	31.8%
1940	252	109	69.8%	30.2%
1941	336	167	66.8%	33.2%
1942	279	117	70.2%	29.8%
Total	939	428	68.7%	31.3%

urcare a procentului bărbaților în ultimul an datorită numărului mai mare de militari tratați în acest an.

5. Distribuția pe vârstă

Repartizând persoanele tratate în timp de 4 ani pe grupe de vârstă obținem procentajul din tabela Nr. 3,

TABEL Nr. 3. — Distribuția pe sex și grupe de vârstă

Sexul	Grup de vârstă		
	1—14 ani	15—44 ani	Peste 45 ani
Bărbați	30.2%	55.4%	14.4%
Femei	30.6%	57.6%	11.8%
Total	29.4%	50.7%	19.9%

din care în mod aparent ne-ar face ca să deducem că cea mai mare frecvență ar avea-o grupul de vârstă al adulților.

Preventiv In Asthm

o singură comprimată de
Iminol
previne accesul iminent
dacă este luată la timp.

Intrebuintarea comodă

fără acțiune secundară.
Nu produce obișnuință.

Tuburi cu 10 și 20 comprimate

C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H.
Mannheim-Waldhof

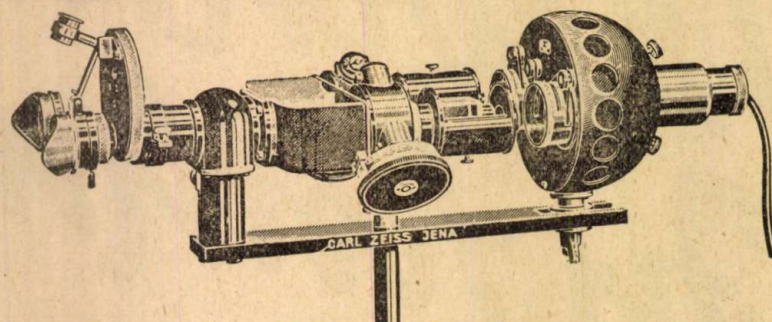
Reprezentant pentru România:

Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.

Substanțele biologic importante

din umorile organismului, se pot determina cantitativ — aproape toate —
pe calea colorimetriei absolute cu

ZEISS FOTOMETRU PULFRICH



Avantaje:

1. Suprimarea soluțiilor etalon.
2. Sensibilitate mare.
3. Mânuire simplă și rapidă.

Informațiuni și cataloage gratuite dela

CARL ZEISS, JENA

sau dela reprezentanța generală pentru România:

Societatea Anonimă de Agentură - Comision - Import fost Otto & Alfred Herzog
București I, Bulevardul Carol I, 48

CARL ZEISS
JENA

SYMPATOL

PENTRU INIMĂ ȘI CIRCULAȚIE

Indicațiuni:

Slăbiciune vasculară cu tensiune sanguină scăzută:

Convalescență - Hipotonie - Sarcină - Turburările bătrâneții

Vătămare generală a circulației:

Gripă - Difterie - Tuberculoză - Febră tifoidă - Pneumonie

Colapsuri grele:

Operațiuni - Nașteri - Hemoragii - Șoc

Forme de comerț: lichid 10% și fiole à 0,06 gr.

Reprezentanță:

"Transmare" S.A.R. de Import și Export,
Str. Nicolae Golescu 15, București III



Analizând însă mai precis statistica (împărțind numărul bolnavilor din un grup cu numărul anilor de vârstă pe cari îi cuprinde grupul respectiv) vom obține următoarele date:

TABEL Nr. 4. — Numărul pacienților pe un an de vârstă

Sexul	Persoane tratate pe un an de vârstă dela:		
	1—14 ani	15—44 ani	Peste 45 ani
Bărbați	19.1	18.1	2.5
Femei	8.4	7.2	1.9
Total	27.5	25.3	4.4

Ceea ce ne evidențiază în mod clar că copiii până la vârsta de 14 ani sunt cei mai expuși agresiunii animalelor suspecte de turbare, urmați fiind de adolescenți și adulți; iar cel mai mic număr este dat de bătrâni peste 45 ani.

6. După vârstă și sex

Din tabela Nr. 5 constatăm că la toate grupurile de vârstă sexul feminin reprezintă abia 1/3 din totalul persoanelor mușcate; totuși o proporție și mai mare de bărbați avem la vârsta adultă din cauza militarilor.

TABEL Nr. 5.

Procentul pacienților pe sex și grupuri de vârstă

1—14 ani		15—44 ani		Peste 45 ani	
Bărbați	Femei	Bărbați	Femei	Bărbați	Femei
69.5	30.5	71.4	28.6	56.6	43.4

7. Repartizând persoanele mușcate după numărul zilelor care trec dela data când au fost mușcate și până se prezintă la subcentru pentru tratament, obținem următoarele procente:

TABEL Nr. 6.

Procentul pacienților după întârzierea cu care se prezintă la tratament

Anul	0—4 zile	5—7 zile	8—14 zile	Peste 15 zile
1939	71.8	20.0	6.4	1.8
1940	74.5	12.7	9.4	3.4
1941	71.0	18.3	8.7	2.0
1942	65.9	22.4	8.1	3.6
Total	70.5	18.1	8.6	2.8

Comparativ cu statistica prezentată de Institutul Central V. Babeș constatăm că la Subcentru se prezintă cu mult mai de timpuriu la tratament, procentul celor cari vin peste 15 zile fiind mai mic. Această constatare care pledează în avantajul menținerii descentralizării tratamentului antirabic, se explică pe de o parte prin eliminarea impedimentului distanță, iar pe de altă parte a ignoranței care participă ca factor inhibitor într'un grad mult mai redus în regiunea noastră, cu un standard de viață superior mediei țării.

Totuși observăm cu deosebire în ultimul an că a crescut procentul celor cari vin peste 5 zile, datorită cu deosebire militarilor trimiși fie de pe front, fie dela unități împrăștiate în zona interioară; cari se prezintă cu întârzieri mai mari din cauza distanței și îndeplinirii formalităților de evacuare dictate de situația lor specială.

8. Repartizarea persoanelor după sediul și gravitatea mușcăturilor.

După sediul plăgilor mușcate obținem următoarele procente în ordinea mărimii frecvenței: membre superioare 60.7%; membre inferioare 32.7%; trunchiu 3.8%; cap 2.8%. Remarcăm frecvența mai mare a mușcăturilor la nivelul extremităților și în deosebi a membrilor superioare și cu mult mai redusă la trunchiu și cap, de altfel explicabil prin atitudinea pe care o ia omul în postura de apărare față de agresiunea animalelor.

După sediul și gravitatea leziunilor obținem următoarele procente:

TABEL Nr. 7. — Sediul și gravitatea plăgilor mușcate

Membre super.		Membre inf.		Trunchiu		Cap	
Superfic.	Profund.	Super.	Prof.	Super.	Prof.	Super.	Prof.
62.4%	37.6%	70.9%	29.1%	65.4%	34.6%	84.2%	15.8%

Deci cam 3/4 din totalul persoanelor tratate au prezentat plăgi mușcate superficiale, fără nici o diferență mai apreciabilă între diferitele segmente ale corpului, fapt care pledează de asemenea în favorul menținerii acestor servicii descentralizate, cari sunt în deosebi indicate a trata astfel de cazuri mai ușoare.

9. Distribuția pacienților după felul animalului care le-a mușcat

TABEL Nr. 8.

Procentul persoanelor după specia animalului care le-a mușcat

Câini	Pisici	Lup	Cal	Bividee	Porc	Alte animale
82.7%	5.6%	0.3%	1.9%	7.8%	1.6%	0.1%

Aceste date concordă de altfel cu acelea menționate și de alte statistici.

10. *Repartizate animalele după specia lor, obținem următoarele procente :*

TABEL Nr. 9. — Specia animalelor

	Câini	Pisici	Lup	Cal	Bividee	Porc	Alte animale
Global	737	45	1	7	23	12	1
Procent	89.1%	5.3%	0.4%	0.7%	2.7%	1.4%	0.4%

După categoria animalelor constatăm că se repartizează după cum urmează :

Confirmate ca turbate în laborator : câini 13.9% ; pisici 20.0% ; turbarea a fost confirmată clinic veterinar : câini 42.1% ; pisici 51.1% și animale dispărute : câini 44.0% ; pisici 28.9%.

Comparativ cu situația prezentată de Institutul Central, deducem în avantajul Subcentrului că confirmările în laborator și clinic veterinar dau un procent cu mult superior, iar cel al animalelor date ca dispărute cu mult mai redus, — fapt care contribuie la ameliorarea condițiilor de tratament la subcentru. Din aceste constatări mai deducem că subcentrul dispune de posibilități cu mult mai vaste în ce privește menținerea legăturii cu serviciile veterinare, în vederea comunicării rezultatelor observațiilor animalelor suspecte ; cât și cu laboratoriile în vederea analizelor necesare.

Aceste condiții sunt din ce în ce mai îmbunătățite în ultimul timp ; astfel dacă ne raportăm la ultimul an 1942 constatăm un procent și mai mare de confirmări în laborator și anume : câini 19.8% , iar pisici 58.3%.

11. *Accidente locale și generale observate în cursul tratamentului cu ser și vaccin*

După injecții de ser la bolnavii repartizați în categoria V-a de tratament s'a înregistrat în 60% apariția boalei serului cu : prurit, erupții, urticarie, febrilitate, artralгии uneori și adenopatii regionale ; iar în trei cazuri fenomenele au devenit mai alarmante prin instalarea de edeme pe organele interne în special pe traectul arborelului respirator. Toate aceste simptome cu evoluție migrantă caracteristică, dispăreau fie spontan, fie consecutiv terapiei cu injecții de calciu intravenos, laxative și cărbune per os și în cazurile mai grave după injecții cu adrenalină. Durata acestui sindrom era 2—4 zile. Accidente anafilactice cari să survină imediat după injecții cu ser la persoane cari au mai primit anterior ser nu au fost observate.

După vaccin într'un procent de 10% a cazurilor și cu deosebire la începutul activității au fost observate eriteme și infiltrate locale cari cedau la comprese și badijonări ichtiolate.

Nu a fost înregistrat nici un caz de abces cald sau torpid.

Cazuri de sarcină, alăptare, arterio-scleroză au suportat fără inconveniente tratamentul.

Intr'un caz de mușcătură la nivelul pielei păroase a capului la un bărbat de 38 ani, repartizat în categoria V-a de tratament, cu neirită cronică post scarlatină și simfiză pleurală dreaptă după o pleurezie purulentă baccilară, deși pentru afecțiunea lui internă se afla sub tratamentul secției medicale a spitalului, totuși după o injecție de 100 cc. de ser și 10 injecții de vaccin à 10 cc. a făcut simptome de azotemie și oedem pulmonar cu evoluție letală. Intr'un caz la un copil de 12 ani — din categoria IV-a de tratament s'a instalat după 10 injecții o pareză alternativă a membrilor inferioare care a cedat spontan după 5 zile.

La un caz a apărut ca reacție de intoleranță un eritem polimorf bulos tip învertit comunicat în Sibiul Medical Nr. 6—12/1940.

Complicațiile tratamentului înregistrate nu depășesc ca frecvență și gravitate media, astfel că nu contribuie cu nimic în plus la diminuarea eficienței tratamentului executat la Subcentru.

Din anul 1941, conform dispozițiilor Institutului Central, tratamentul cu ser la categoria V-a nu se mai face, așa că nu s'au mai înregistrat nici complicațiile inerente seroterapiei.

12. *Mortalitatea globală și insuccese de tratament*

Mortalitatea globală este reprezentată printr'un număr de 4 cazuri de turbare cu evoluție fatală internate în serviciul nostru și anume :

TABEL Nr. 10. — Decese de turbare

Anul	În primele 15 zile după terminarea tratamentului	După 15 zile dela terminarea tratamentului
1939	1	—
1940	1	1
1941	—	1
1942	—	—
Total	2	2

deci mortalitatea globală este de 0.28%.

Ca insuccese de tratament sunt considerate numai cazurile cari fac boala după 15 zile dela terminarea tratamentului. Din această categorie am înregistrat 2 cazuri, ceea ce revine la un procent de 0.14%.

13. Observația clinică a celor 4 cazuri de turbare internate în serviciul nostru în cursul celor 4 ani de activitate

Caz I. Tonchi Ecaterina, în etate de 8 ani, din comuna Boz jud. Sibiu s'a prezentat la consultații în ziua de 17 Sept. 1939, la o zi după mușcătura provocată de un câine vagabond, prezentând plăgi multiple profunde pe ambele antebrațe, iar la antebrațul stâng și un flegmon, care-i produce o stare febrilă (39—39.5). Temperatura a cedat după 3 zile în urma inciziei și drenajului flegmonului. Tratamentul a fost continuat, bolnava fiind repartizată în categoria V-a, până la data de 9 Oct., când s'a instalat întreg cortegiul simptomatic al turbării, debutând cu parestezii la nivelul membrilor, cefalee violentă, vărsături, pentru ca a doua zi să se instaleze și hidrofovia, sucombând la 3 zile, în 11 Octomvrie ora 16¹⁵.

Acest caz care a făcut boala în cursul tratamentului nu este considerat ca insucces.

Caz II. Szabados Alexandru, băiat în etate de 15 ani, din com. Jacodul unguresc, jud. Târnava Mare, s'a prezentat la consultații în ziua de 24 Martie 1940, la două zile după mușcătura. Prezintă o plagă incolțită la nivelul mâinei drepte provocată de un câine vagabond și fiind repartizat în categoria IV-a de tratament.

După 13 zile dela terminarea tratamentului și la 36 zile dela data mușcăturii, în ziua de 25 Aprilie 1940, consecutiv unei răceli suferite umblând desculț prin grădina toată ziua, i-a apărut furnicături și arsuri la nivelul membrului superior drept, concomitent cu fenomene de agitație psycho-motrice, la 2 zile după debut prezintă și hidrofovia sucombând în ziua de 27 Aprilie ora 4 a.m.

Este un caz de rabie la care boala se instalează înainte de 15 zile dela terminarea tratamentului, deci nu este un insucces.

Caz III. Roth Ioan de 46 ani, plugar din com. Șura Mare jud. Sibiu se prezintă la consultațiile Subcentrului în ziua de 17 Febr. 1940. A fost mușcat de câinele propriu în ziua de 12 Febr. 1940, care a sucombat cu fenomene de turbare paralică în ziua de 16. Febr. 1940.

Bolnavul este luat în tratament după 5 zile dela data mușcării. Examinând regiunea mușcată constatăm că prezintă la nivelul degetelor indicator și mediu dela mâna dreaptă patru plăgi incolțite superficiale, simple denudații ale pielei, fiind repartizat în categoria IV-a de tratament. A urmat tratamentul preventiv la acest Subcentru dela 17 Febr. — 8 Martie 1940 primind în total 21 injecții a 10 cc. vaccin antirabic fenicat. Rănile au fost tratate local cu antiseptice, cicatrizându-se după 10 zile.

În tot timpul tratamentului nu a prezentat nici un simptom de intoleranță nici clinic nici de laborator.

În antecedente se remarcă etilism și tabagism cronic.

După 110 zile dela terminarea tratamentului cu ocazia unei inundații în comună, lucrând pentru a-și salva avutul în apă toată ziua, a simțit furnicături și ușoare dureri iradiate la nivelul membrului superior drept, însoțite de frisoane și o stare generală proastă cu asthenie exprimată. După 3 zile apare și hidrofovia, întovărășită de o stare de anxietate, agitație psycho-motrică, angosă precardiă și accese de sufocație. Cu aceste simptome este internat la noi în ziua de 2 Iulie ora 13, deci la 5 zile după debutul bolii, administrându-i injecții de morfină, pentru ca la ora 23 aceiași zi să sucombe cu fenomene paralitice.

În concluzie e vorba de un caz de insucces probabil datorit imunității incomplet dezvoltate, într'un organism cu forțele de

reacțiune imunitară diminuate din cauza intoxicațiilor cronice (etilism, tabagism), care stare de imunitate parțială totuși a fost capabilă a frâna instalarea bolii timp de 110 zile, pentru ca ivindu-se momentul unei flectări și mai exprimate a rezistenței generale și specifice în urma șocului psihofizic suferit cu ocazia inundației locuinței, să provoace declanșarea infecțiunii rabice latente.

Caz IV. În ziua de 27 Sept. 1941 s'a prezentat la Subcentrul antirabic Sibiu pentru a fi internat bolnavul Roșca Ioan, țigan ziler, de 44 ani din comuna Șeica Mare, jud. Sibiu, care prezenta fenomene tipice de rabie, sucombând în ziua de 28 Sept. 1941 ora 7.50.

A urmat tratament preventiv la Subcentrul antirabic Sibiu dela 8 Iulie până la 22 Iulie 1941, primind 15 injecții a 5 cc. vaccin antirabic. S'a prezentat în serviciu în ziua de 8 Iulie a. c. la 3 zile după ce a fost mușcat de câinele propriu, care a fost sacrificat fără ca să fi fost examinat de medic veterinar și fără ca să i se fi făcut examinări de laborator.

La prezentare se observă le nivelul dosului mâinii stângi o excoriație superficială, simplă denudare epidermică de aproximativ 4. cm. lungime din care a curs sânge. A fost repartizat în categoria III de tratament.

Tratamentul a fost suportat bine, neprezentând vreun semn clinic sau de laborator care să tradeze o intoleranță.

După 64 zile dela terminarea tratamentului, interval în care a continuat să consume alcool în cantități considerabile, expunându-se de asemenea la eforturi fizice și intemperii legate de însăși felul de viață a bolnavului, fiind țigan ziler, a prezentat primele simptome de turbare în ziua de 24 Sept. 1941 fiind sub îngrijirea medicului de circ. san. rurale Șeica Mare.

În ziua de 27 Sept. 1941 la internarea în serviciul nostru prezenta toate semnele caracteristice unei turbări (cu hidrofovia, agitație psycho-motrice pronunțată etc.) administrându-i injecții repetate de morfină, pentru a sucomba în ziua de 28 Sept. 1941, la 4 zile după declararea bolii.

Comparativ cu mortalitatea globală și insuccesele de tratament înregistrate la Institutele centrale, deși sunt întrecute de către Subcentrul Sibiu, în defavorul eficacității vaccinurilor fenicate, totuși nu putem încă formula concluzii numărul cazurilor fiind prea redus, pentru a avea o valoare statistică.

CONCLUZII

1. Subcentrul antirabic Sibiu funcționează în clădirea Spitalului Public Sibiu, unde face tratamentul profilactic al turbării conform directivelor Institutului Central Dr. V. Babeș, cu vaccin fenicat ucis, trimis de acest Institut și păstrat la frigider.

2. În cursul celor 4 ani de activitate dela înființare până la 1 Ianuarie 1943 a consultat un număr de 1785 persoane și a tratat complet 1334.

3. Majoritatea pacienților provin din mediul rural, deși raportând numărul cazurilor la cifra totală a populației, proporția celor mușcați este mai mare la orașe.

4. Plugarii dau cel mai mare procent, iar cel mai redus funcționarii de birou.

5. Sexul masculin reprezintă 2/3 din totalul persoanelor tratate.

6. După vârstă constatăm că cel mai mare număr îl dau copiii până la 14 ani, cel mai redus bătrânii peste 45 ani.

7. La subcentru persoanele mușcate se prezintă la tratament la un timp mai scurt dela data mușcării decât la Institutele Centrale.

8. Majoritatea persoanelor mușcate au prezentat plăgi superficiale, fapt care contribuie a pleda în avantajul menținerii descentralizării.

9. Animalele cari au mușcat persoanele tratate au fost câini într'un procent de aproape 90% și numai 10% alte animale (pisici, bovine, cal, porc, etc.).

10. Constatăm că procentajul animalelor turbate a căror boală a fost confirmată în laborator sau clinic veterinar întrece pe cel al Institutelor centrale, — fapt care de asemenea susține menținerea descentralizării tratamentului.

11. Accidentele generale și locale ale tratamentului cu vaccin fenicat nu depășesc ca frecvență și gravitate media, astfel că nu contribuie cu nimic în plus la diminuarea eficienței tratamentului executat la subcentru.

12. Mortalitatea globală pe 4 ani fiind de 0.28%, iar insuccese ale tratamentului de 0.14%; procente cari întrec pe acelea înregistrate la Institutele centrale în defavorul eficacității vaccinului fenicat ucis; totuși nu putem încă formula concluzii cu o valoare statistică deosebită, numărul cazurilor fiind redus.

13. Din analiza datelor enumerate rezultă că nici accidentele survenite în cursul tratamentului și nici

mortalitatea globală și insuccesele nu pot constitui o contraindicație a menținerii descentralizării tratamentului antirabic.

14. Prin facilitarea posibilităților de transport și spitalizare se elimină neajunsuri ale sistemului de tratament central; oferind pacienților accesul la tratament cu mult mai ușor și mai de timpuriu; în același timp oferă posibilități mai ample în ce privește obținerea colaborării efective a forurilor administrative sanitare umane și veterinare, interesate în combaterea turbării.

15. Având în vedere aceste avantajii cari contrabalansează eficiența mai redusă a vaccinului fenicat ucis, opinăm pentru menținerea descentralizării tratamentului așa după cum a fost realizat în țara noastră.

Publicațiile subcentrului:

1. Ordine circulare publicate în Monitorul Oficial al Ținutului Mureș.

2. Raport de activitate al Subcentrelor antirabice din Ținutul Mureș, în cursul primului an de activitate, publicat în Sibiul Medical Nr. 6—12/1940.

3. Una teză de doctorat.

4. Un caz de eritem polimorf ca reacție de intoleranță față de vaccinul antirabic fenicat, publicat în Sibiul Medical Nr. 6—12/1940.

Medicină de război

Considerațiuni asupra organizării și funcționării Spitalelor de campanie în zona de operații

de

Dr. Ovidiu Magda,

Medic sublocotenent de rezervă

În timpul actualei campanii din Rusia, fiind mobilizat în timpul asediului Odesei la Spitalul 22 Campanie, apoi în Crimela, Caucaz și Calmucla la Spitalul 13 Campanie, de unde am fost detașat la Spitalul 7 Campanie în timpul luptelor dela Sevastopol, am avut ocazia să cunosc în deaproape modul de organizare și de funcționare a spitalelor de campanie din vecinătatea imediată a frontului.

În cele ce urmează m'am străduit să schițez această organizare și funcționare, arătând pe alocuri greutățile ce le-am întâmpinat și mijloacele de remediere.

În zona de operațiuni serviciul sanitar este organizat pe mai multe eșaloane, dintre care cel mai complet îl formează Spitalul de campanie.

Spitalul de campanie este formațiunea sanitară esențială de tratament a răniților și bolnavilor. Aici se fac toate intervențiunile care nu s'au putut face la Ambulanță. Aici se fac intervențiunile cele mai complete, iar în același timp se fac și spitalizări pentru vindecabili în 7—15 zile, precum și pentru cei netransportabili, până ce aceștia, în urma îngrijirilor medicale date, devin transportabili. Aici se stabilește tratamentul definitiv al tuturor răniților și bolnavilor.

Pentru a putea satisface toate necesitățile de ordin tehnic și sanitar, spitalele de campanie trebuie să fie bine dotate atât din punct de vedere al personalului medical și auxiliar sanitar, cât și din punct de vedere al înzestrării cu instrumente chirurgicale, materiale sa-

Tratamentul ȘANCERULUI MOALE

și COMPLICAȚIILOR SALE
Prin injecțiuni intramusculare

cu :

VACCIN ANTISTREPTOBACILAR

„NICOLAU-BANCIU”

din surse polivalente de Bacili Ducrey

VACCINUL ANTISTREPTOBACILAR

Este foarte bine tolerat. Nu dă șoc, nici febră, permițând tratamentul ambulatoriu.

PREZENTAREA: Cutii cu 6 fiole à 2 cmc.

Medicamentul suveran al boalelor gastro-intestinale,
de natură toxi-infecțioasă, la copii și adulți,
nu este decât :

**„Lactoferment
Dr. Robin”**

36 ani de existență 1907-1943

Emulsie pură de ferment lactic viu, care transformă în acid lactic născând diferite substanțe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinal, conlucrând în acest mod la nimicirea agenților microbieni patogeni.

DOZE: COPIII până la 3 ani o linguriță la oră.
COPIII dela 3 ani în sus câte 2 linguri
înaintea meselor.
ADULȚII 3—4 linguri înaintea meselor.

Indicat în: enterite acute și cronice la copii
și adulți, eczeme, acnee, foliculite, furun-
culoză, urticaria, colibaciloză, etc.

Estetica feței

VACCIN MICROBACILAR ANTIACNEIC

Conf. Dr. SĂRĂȚEANU

INDICAȚIUNI:

Toate formele pustuloase de ACNEE VULGARĂ facială.

Indicațiuni secundare: ACNEE ROZACEE.

Toleranță locală și generală perfectă

Pentru literatură și eșantioane a se adresa:

LABORATOR „Dr. A. BANCIU”
BUCUREȘTI, str. Regală Nr. 10 (Etaj) — Telefon 584.29.

Sulfamidă cu toleranță optimă

SULFORONIN Dr. WANDER

Sulfanilyl - aminopiridină

Gonoree — Pneumonie — Meningită — Strepto — Stafilococie —

Colibaciloză — Dizenterie

Tuburi cu 20 tablete à 0,5 gr.

Pneumonie

Bronchopneumonie

Gripă

Profilactic după operațiuni

PULMOSEPT «SAPIC»

Chinină 0.10

Camforă 0.10

dizolvate în uleiuri eterice

Fiole de 2 cmc. pentru injecții intramusculare

NOU!

NOU!

AVITAMINOZELE C. CITAMINO Dr. WANDER TABLETE

1 tabletă = 0,05 gr. Vitamină C.

Tuburi cu 20 tablete

Mostre și literatură trimite la cerere :

Dr. WANDER S. A.

Fabrică de produse farmaceutice și dietetice

București II, Bul. Bucureștii-Noi 90

nlțare și mijloace de locomoție, care să-l permită o deplasare rapidă.

I. Organizarea

Splitalele de campanie sunt organizate pe 2 secții medico-chirurgicale, astfel încât la nevoie să poată funcționa separat oricare din aceste secții. În plus spitalul de campanie mai posedă un grup de comandă, grupa de brancardieri și trenul spitalului.

Grupul de comandă rămâne legat și se instalează, în caz că spitalul funcționează separat pe 2 secții, cu secția de spital cea mai aglomerată, unde rămâne și șeful spitalului.

Grupa de brancardieri a spitalului lucrează în folosul spitalului, atâta vreme cât divizia nu are nevoie de întăriri de brancardieri sau de înlocuiri ale pierderilor de oameni din coloana de brancardieri ce-i stă la dispoziție.

Splitalele de campanie au o *capacitate* de 300 paturi, fiecare secție având o capacitate proprie de 150 paturi. Uneori însă afiuxul de bolnavi și răniți este mare și această capacitate este insuficientă; de aceea această capacitate la nevoie se poate dubla.

În ce privește *încadrarea cu personal medical*, fiecare secție are un medic șef de secție și 4 medici ajutori; în plus grupul de comandă mai posedă un medic șef, un medic radiolog și un medic stomatolog.

Intrucât misiunea principală a spitalului de campanie este tratamentul răniților, este recomandabil ca din cei 4 medici ajutori atașați unei secții, 3 să fie chirurși și numai unul internist.

Mulți vor obiecta că nu dispunem de un număr suficient de mare de chirurși, care să poată completa toate locurile necesare la ambulanțe și spitale. Cred totuși că prin o împărțire judicioasă și rațională a tuturor chirurșilor din țară, evitând repartizarea acestora la batalioane și regimente, se poate satisface acest deziderat și avea deci un număr suficient de chirurși, atât la spitale cât și la ambulanțe.

După cum remarcă foarte bine d-l Dr. Căprioară în articolul său din „Ardealul Medical” Nr. 12 din Decembrie 1941, pentru a se putea obține o selecționare bună și o încadrare optimă a chirurșilor, ea ar trebui să se facă după certificatul de activitate în serviciul de specialitate în care a lucrat fiecare în timpul vieții de civil. Urmând acest principiu vom putea evita să întâlnim ca șef al unei secții chirurgicale câte un ginecolog, oculist sau chiar dentist, fiindcă respectivii au fost luați drept chirurși, în urma declarației personale pe care au făcut-o la Cercul de recrutare cu ocazia vizei carnetului de ofițer de rezervă.

Este bine ca la spitalele de campanie să avem chirurși adevărați, bine formați și pregătiți, care să poată executa într-un timp minim orice intervenție chi-

rurgicală. Citez în această privință observațiunea foarte justă făcută de d-l Dr. Căprioară în articolul amintit mai sus: „Chirurșii acestor formațiuni să fie chirurși adevărați, desăvârșiți, bine pregătiți și cu mulți ani de specialitate. Să se raționalizeze puțin mobilizarea lor, luându-l din interior și dându-l în număr cât mai mare formațiunilor sanitare de pe front. Acolo este nevoie de ei, de pregătirea și priceperea lor, nu la diferitele spitale de Z. I., sau la diferitele Clinici și spitale din Capitală, centrele universitare și orașele mari din provincie”.

Este deosebit de important a avea chirurși bine pregătiți la spitalele de campanie din prima linie, deoarece viitorul rănitului depinde de intervențiile care se fac aici. Multe invalidități după rănire se pot evita printr-o operație bine indicată, corect și rapid executată cât mai curând după rănire, atunci când și șansele de a obține rezultate favorabile sunt mai mari.

În actualul războiu încadrarea personalului medical a fost defectuoasă, căci nu s'a repartizat peste tot un număr suficient de chirurși acolo unde era nevoie, ba mai mult, nu s'au putut mobiliza nici măcar medicii prevăzuți în carnetul de mobilizare, iar chiar și din aceștia mulți au fost schimbați și mutați. Astfel la Spitalul 13 campanie, unde am activat mai bine de un an, încadrarea medicală nu a fost niciodată completă, având întotdeauna lipsuri, unii doctori fiind detașați la alte unități, iar alții mutați la zona internă, fără a fi înlocuiți.

Pentru a obține un randament maximum, se recomandă ca repartizările să se facă ținându-se seama și de cele din practica civilă, în sensul ca să se repartizeze la același spital chirurși care au lucrat împreună și în practica civilă și sunt deci obișnuiți a lucra mult mai rapid, obținând un randament mare. Așa spre exemplu vom obține un randament mult mai mare și rezultate mult mai frumoase, dacă spre ex. vom lua un medic primar și 2 medici secundari sau 1 asistent și 2 preparatori, care au lucrat în același spital sau clinică, decât dacă am lua un asistent care a lucrat într-o clinică și l-am pune să lucreze cu 2 medici secundari, dintre care fiecare a lucrat separat la alt spital. În special de acest deziderat ar trebui să se țină seama în formarea echipelor chirurgicale, care sunt chemate să completeze activitatea chirurgicală a spitalelor și ambulanțelor în timpul perioadelor de activitate intensă, când nu se poate face față situației cu mijloacele proprii de personal medical.

Încadrarea cu personal sanitar auxiliar. La fiecare secție medico-chirurgicală există un număr de aproximativ 30 de sanitari, la care se adaugă brancardierii dela coloana de brancardieri, număr suficient pentru a putea satisface toate nevoile.

Personalul auxiliar sanitar trebuie să fie bine educat și format din timp de pace, pentru a putea fi utilizat cu folos la sala de operații și pansamente.

În actualul războiu acest personal a fost în mare parte nelămurit, format în general din oameni mai bătrâni, vărsați de diferite unități, ca neapăsări pentru front. Acest personal a trebuit în mare parte să-l formăm noi pe câmpul de războiu, făcându-l pregătirea sanitară necesară. După câteva luni de activitate neîntreruptă am reușit să obținem elemente capabile, care ne-au dat un ajutor neprețuit în toate ocaziile, utilizându-le uneori, din lipsă de medici, chiar și la narcoze de scurtă durată, sau chiar ca ajutoare ale chirurgului la operații mai ușoare.

Cu brancardierii lucrul a mers mult mai greu și chiar după numeroase exerciții și aplicații practice ei nu au ajuns să învețe bine cum se încarcă și cum se descarcă o autosanitară, cum se trece un bolnav de pe o targă pe alta, etc.

Este bine ca și în repartizarea personalului sanitar auxiliar să se țină seama de principiul enunțat mai înainte, în sensul ca laboranții și agenții sanitari utilizați pe lângă sălile de operație sau sterilizare din practica civilă, să fie utilizați și pe front în condițiuni similare, pe cât posibil având ca superiori pe același medic pe care l-au avut și în practica civilă.

Inzestrarea cu material sanitar este bine concepută și bine realizată. În tot timpul războiului, atât în timpul campaniei până la Bug, cât și dincolo de Bug până în cele mai îndepărtate puncte ale frontului, am avut material sanitar suficient și de bună calitate. Reaprovizionarea a funcționat prompt în tot timpul campaniei, având la dispoziție centre de reaprovizionare bine utilitate cu tot felul de materiale sanitare.

Reimprospătarea cu material sanitar și farmaceutic se face prin depozitul central sanitar, care reprezintă rezerva generală de material sanitar și farmaceutic. Dela depozitul central sanitar din București materialele sunt transportate cu trenurile sanitare, cu avioanele sanitare sau cu ajutorul coloanelor de transport auto până la Armată, unde se formează depozite sanitare de Armată. Aceste depozite vor aproviziona spitalele de campanie ce țin de Armată, precum și secțiile de reimprospătare de pe lângă Corpurile de Armată, care fac aprovizionarea spitalelor și a celorlalte formațiuni sanitare ce depind de Corpul de Armată, cu ajutorul secțiilor auto-sanitare.

Deși am avut de îngrijit un număr considerabil de răniți, în special pe frontul Odesei, unde în timp de 2 luni am avut un număr de aproape 14.000 de răniți, nu am dus lipsă nici un moment de material sanitar. Din timp se făceau toate aprovizionările cu materialele necesare, iar când nevoia o cerea, se aduceau aceste materiale direct dela depozitul central dela București, pe calea aerului. Am avut din abundență feș, tifon, vată, materiale de pansament și de operație.

Trusele de chirurgie sunt bine și ingenios concepute și foarte practice mai ales pentru transport; în același timp ele sunt și destul de complete. Ar fi util dacă la aceste truse s'ar adăuga și un depărtător mare abdominal automat, care lipsește — cele din trusă fiind mici, de tipul Gosset și Legueu. De asemenea ar fi bine să se inoculească pensele Péan existente, cu altele cu brațele mai subțiri, pentru a putea face hemostaza și în țesuturile friabile cu o vascularizație mai fină. De asemenea ar fi foarte utilă inocularea acelor curbe Hagedorn, complet inutilizabile, cu ace curbe rotunde sau triunghiulare, care pot fi mânuite cu ușurință cu portacul.

Autoclavele și Poupinele (câte unul de fiecare secție medico-chirurgicală) sunt foarte bune și tot timpul ne-au funcționat în mod ireproșabil. Cu autoclavele am realizat sterilizarea materialelor pentru intervenție: a câmpurilor de izolare, a mânușilor, a materialelor de pansament, păstrate toate în casonete de tipul celor din practica civilă. Sterilizarea instrumentelor am realizat-o prin aer cald la 150—170° la Poupinel. În acest mod am avut întotdeauna, în permanență, la orice oră din zi sau noapte, instrumente sterile, putând interveni ori-când, imediat după sosirea răniților.

Ca material de sutură am avut la dispoziție din abundență catgut franțuzesc Triollet, recunoscut unanim ca foarte bun, precum și ață de mătase sau in. Ne-a lipsit uneori ața subțire și rezistentă, necesară pentru suturile intestinale.

Ca mijloace de iluminare am avut la dispoziție felinare și luminări pentru saloanele de bolnavi, iar pentru sala de operație lămpi Petromax și becuri electrice.

Lămpile Petromax cu care sunt prevăzute spitalele, dau o lumină foarte bună, însă au marele defect că se strică repede, lăsându-te în întuneric tocmai în timpul lucrului. Din 4 lămpi Petromax, câte am avut la Spitalul 13 campanie, numai una ne-a funcționat în mod ireproșabil, celelalte fiind defecte.

Lumina electrică este foarte bună și ar fi mijlocul ideal de iluminare a sălilor de operație. Nu am avut la dispoziție lumină electrică decât numai uneori. Astfel, când am fost la Spitalul 22 campanie, în timpul luptelor dela Odesa am avut un grup electrogen împrumutat dela Avlație, care ne-a servit foarte mult și foarte bine, având lumină electrică tot timpul, putând astfel executa în condiții optime toate operațiile, chiar și în timpul nopții. La Spitalul 7 campanie, la Simferopol, în Crimă, am avut lumină electrică direct dela uzina electrică a orașului, iar la Spitalul 13 campanie am avut lumină electrică numai la Kerch (Crimă) și la Slavianskala, în Caucaz, când aveam curent dela uzina orașului.

Cred că pe viitor s'ar putea înzestra fiecare spital cu câte 2 grupuri electrogene (câte unul pentru fiecare secție), care să utilizeze drept combustibil benzina, așa

cum am văzut la formațiunile sanitare similare germane. Vom putea astfel avea, grație acestor grupuri electrogene, oriunde ar fi spitalul pe zona de operațiune, lumină electrică, atât de utilă pentru operațiile de urgență din timpul nopții.

Ca mijloace de deparazitare spitalele de campanie sunt înzestrate cu etuve de tipul Wolff și cu etuve-cuptor tip Vasilescu. Amândouă tipurile de etuve sunt bune și ne-au funcționat bine. Transportul etuvei Wolff a fost foarte greu, fiind prea grele, pe când transportul celor de tip Vasilescu a fost mult mai ușor. Este drept că în timpul din urmă, fiind în retragere din Calmuca cu Spitalul 13 campanie, după atâtea deplasări pe drumurile desfundate ale Rusiei, din Tighina până în Kercl și de acolo în Caucaz și apoi până în Calmuca, ni s-au defectat toate etuvele; aceasta însă nu justifică suprimarea lor.

Cred că este suficientă etuva Vasilescu, câte una de fiecare secție.

La fiecare spital de campanie este bine să fie câte un aparat de Roentgen, care să aibe lângă el și câte un tehnician radiolog, pentru a nu ne expune la neplăcerea de a se defecta aparatul, așa cum ni s'a întâmplat de atâtea ori, după puține zile de funcționare, și a-l purta apoi în toate deplasările ca „impediment”.

Inzestrarea cu medicamente este bine realizată și în timpul campaniei am avut din abundență medicamentele necesare și chiar specialități de toate felurile, încât nu ne-am putut plânge de nicio lipsă în această privință în tot timpul actualei campanii.

Inzestrarea cu material de transport și animale. Pentru fiecare secție sunt prevăzute câte 10 căruțe pentru transportul efectelor spitalicești și câte 10 căruțe pentru transportul materialelor sanitare. În plus la fiecare secție mai există câte o căruță pentru farmacie, aprovizionare, spălătorie, bucătărie și saca, fiecare căruță având 2 cai și un conductor.

Aceste mijloace de transport hipomobile nu mai pot satisface în războiul actual și de aceea sunt de recomandat a se înlocui cu mijloace auto, care sunt mult mai rapide și în plus mult mai practice. În adevăr, pe un camion se poate încărca materialul existent pe 3—5 căruțe, așa că întreg spitalul în loc să poarte după el un balast de 60—70 căruțe, se poate deplasa cu ușurință cu 15—20 camioane, care pot înlocui toate căruțele spitalului. În plus în camioane materialul se poate păstra mult mai bine la adăpost de intemperii, dacă avem la dispoziție camioane acoperite. Mijloacele auto sunt apoi de recomandat întru cât ele permit o deplasare rapidă, atât de utilă și de necesară în actualul război, unde motorizatele și-au spus de atâtea ori cuvântul.

La Spitalul 13 campanie, după ofensiva dela Kercl am avut vreo 20 camioane de captură, care ne-au fost

extrem de utile, permițându-ne peste tot o deplasare rapidă, putând urma în deaproape toate formațiunile Corpului, care erau în înalțare în urmărirea inamicului. Grație acestor mașini am salvat cea mai mare parte a materialului sanitar în timpul retragerii din Stepa Calmuclor, material care altfel era iremediabil pierdut, căci era imposibil de transportat în mod rapid cu căruțele, fiind prea greu și calii obosiți, slăbiți și denutriți.

Înlocuirea mijloacelor de transport hipo cu mijloace auto ar mai reduce numărul de oameni afectați spitalelor, putându-se da altor unități din primele linii cavaleriști ce aparțin spitalelor. Se mai face apoi prin această înlocuire o economie de timp și bani, căci întreținerea căruțelor și calilor este mult mai dificilă, mai ales în timpul iernii.

Funcționarea

Instalarea unui spital de campanie trebuie să se facă complet într'un interval de 10—12 ore. Instalarea se face ținându-se seama de căile de evacuare ale bolnavilor și răniților, deci pe cât posibil cât mai aproape de liniile ferate.

În spitalele de campanie se fac și spitalizări pentru o durată de 7—15 zile, pentru care motive ele vor fi așezate la o distanță relativ mai mare de linia frontului. În regulă generală ele se fixează la o distanță variabilă între 20—40 km. de linia frontului.

Pentru a putea da randamentul maxim și a putea fi de un ajutor efectiv și foarte eficient în tratamentul răniților de război, este bine ca spitalele de campanie să fie cât mai aproape de linia frontului, astfel ca să poată primi răniții în primele ore, astfel încât intervențiile chirurgicale de urgență, în special pentru răniți abdominali, să se poată face în primele 6 ore dela rănire.

În același timp trebuie însă realizată o oarecare siguranță a spitalelor, spre a fi ferite de tirul artileriei grele și de bombardamente, putându-se lucra mai în siguranță.

Spitalele de campanie nu pot fi împlinite prea înainte din punct de vedere practic, deoarece trebuie să se asigure pe cât posibil o liniște suficientă pentru a se putea opera, deoarece este foarte greu să lucrezi în nesiguranță și sub tensiune continuă, așa cum este în războiul de mișcare. În plus, un rănit când vine la un spital de campanie are nevoie de mai mult calm, vrea să trăiască mai bine, într'un mediu lipsit de bombardamente, să aibe o încăpere bine încălzită în timpul iernii sau mai răcoroasă în timpul verii, o mâncare mai bună, un tratament mai bun. Rănitul este sătul de bombardamente și nervii lui sunt și așa distruși de atâtea acțiuni pe front în prima linie, în tot bombardamentelor de tot felul. El trebuie scos din mediul lui de șoc fizic și psihic. Natural că realizarea acestui deziderat

ar fi ideală, însă greu de soluționat în practică; totuși trebuie să se țină seamă de el.

Pentru realizarea primului principiu enunțat mai sus se cere ca spitalele de campanie să fie cât mai aproape de front, iar după cel de al doilea principiu să fie mai în spatele frontului. O distanță de 20—40 km. e suficientă să satisfacă ambele principii, cu condiția ca transportul răniților să se facă în mod rapid, spre a putea ajunge în timp util la intervenție.

Pentru instalarea spitalelor de campanie se vor utiliza de preferință școli, instituții publice mai mari, cazărmi, pe cât posibil localuri care să posede instalații de apă și canalizare, sau cel puțin fântâni în bună stare de funcționare, cu apă potabilă. La nevole, mai ales în timpul verii, se pot utiliza cu mult folos corturile.

Se va ține totdeauna socoteala că deși capacitatea normală a spitalelor este de 300 paturi, totuși ea se poate dubla la nevole și în consecință să avem întotdeauna pregătite din timp localurile necesare în acest scop, să putem face oricând față situației.

La instalarea spitalelor de campanie în vederea spitalizării se va forma serviciul de primire, triere și evacuare al bolnavilor și răniților, o secție chirurgicală, o secție medicală, farmacia, serviciul de aprovizionare, etc.

Serviciul de primire și triaj se ocupă cu primirea bolnavilor și răniților, înscrind în registre numele tuturor celor intrați în spital, datele personale ale fiecăruia (gradul, contingentul, unitatea, domiciliul, numele părinților) și diagnosticul precis. Tot aici se face controlul imediat și completarea fișelor medicale și odată cu aceasta și triajul celor primiți, făcându-se repartizarea pe saloane și indicând transportarea imediată în sala de operații a celor care au nevole de intervenții de urgență, dându-se prioritate abdominalilor, toracicilor asfixici și hemoragicilor.

Serviciul de primire și triaj se îngrijește de deparazitarea și bota celor internați în spital. Deparazitarea se face cu ajutorul cuptoarelor Vasilescu sau etuveilor de tipul Wolff. Bota se realizează cu ajutorul dușurilor portative, care se pot instala rapid în orice loc în timpul deplasărilor, căutând o cameră potrivită în acest scop, care să se poată încălzi la nevole (în timp de iarnă). În deosebi în aglomerațiile mari de răniți și bolnavi în timpul iernii, când amenință tifosul exantematic, funcționarea în cât mai bune condițiuni a serviciului de deparazitare și a băii, are o deosebită importanță. Dar chiar și atunci când nu sunt aglomerări de răniți trebuie să se dea o atenție deosebită în această direcție, intru cât majoritatea celor care vin la spital sosesc murdari și puțin îngrijiți, neputându-și face igiena personală așa cum se cere și nici măcar o baie la lună, căci condițiile de luptă nu permit acest lucru.

Tot serviciul triajului se ocupă și cu evacuarea răniților și bolnavilor. Asupra acestei chestiuni vom reveni mai târziu.

Spitalizarea. Spitalele de campanie nu se pot rezuma numai la a da primele îngrijiri răniților și bolnavilor, căci acestea se dau de către formațiunile sanitare mai înalțate; ele trebuie să facă și spitalizări pentru o durată variabilă de timp dela 7—15 zile.

În vederea spitalizării se vor amenaja saloane pentru bolnavi și răniți, cât și săli de tratament.

Secția chirurgicală va instala o sală de operații, o sală de pansamente, un salon pentru răniți gravi și unul sau mai multe saloane pentru răniți mai ușori. Secția medicală va organiza un salon pentru bolnavi gravi, unul sau mai multe saloane pentru bolnavi ușori și un salon pentru contagioși, pe cât posibil chiar un pavilion aparte.

Vom spitaliza în primul rând bolnavii și răniții gravi, netransportabili, acela căroră li s'au făcut intervenții chirurgicale (abdominali, toracici, cranieni, etc.), până ce în urma tratamentului devin transportabili (de obicei 7—8 zile). De asemenea vom spitaliza gazații și speriații pe tot timpul cât nu sunt evacuabili.

Excitații nervoși și șocații vor fi îngrijiți în spital câteva zile, iar în caz că excitația persistă, ei vor fi evacuați la spitalele de specialități din zona etapelor sau din zona internă.

Răniții și bolnavii ușori recuperabili, care se pot vindeca în maximum 15 zile, vor fi spitalizați până la vindecare, iar după vindecare vor fi înolați direct la unități.

Răniții și bolnavii contagioși se vor spitaliza pe loc în pavilioane aparte, izolate sau, în lipsă de clădiri, în corturi amenajate special în acest scop.

În caz de epidemii se va crea o secție de contagioși a spitalului sau mai bine se va crea un nou spital special de contagioși, care va cuprinde și un serviciu de igienă și profilaxie. În aceste spitale de contagioși se vor aduce toți bolnavii contagioși dela toate spitalele de campanie din apropiere. Natural că aceste spitale se vor așeza mai înapoi frontului, avându-se în vedere lungă spitalizare a celor internați, precum și faptul că mulți din cei spitalizați sunt gravi, iar contagiozitatea amenință îmbolnăvirea celor din jur.

Este foarte util ca pe lângă fiecare spital de campanie să fie atașat câte un serviciu de igienă și profilaxie, așa cum am avut și noi la Spitalul 22 de campanie la Salz, în timpul asediului Odesei, la Spitalul 7 la Simferopol și la Spitalul 13 în Kerchi. Aceste servicii de igienă și profilaxie sunt foarte utile pe lângă spitalele de campanie chiar și atunci când nu sunt epidemii, căci prin ele se pot face anchetele epidemiologice necesare, examenul bacteriologic al apei de băut, imunizări preventive, examinări bacteriologice diverse, diverse

Protecția gestației



în avort iminent și habitual
sterilitate în urma netransformării
mucoasei uterine în faza pregravidă,
hemoragii (hiperplasii glandulare,
cistice, juvenile și climacterice)

Flavolutan

(Corpul galben dizolvat în uleiul germeului de grâu)

Conține deci și vitamina E. Deaceia acțiune
mărită a progesteronului. Pe baza conținutului
vitaminei E este mai ales indicat în tratamentul
avortului habitual și iminent.

Fiole cu câte 2 mg
cutii cu 1 și 3 fiole

Fiole cu câte 5 mg
cutii cu 1 și 5 fiole



C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H., Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România: **Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.**



OESTROMENIN

4,4'-Dioxi- α , β -dietilstilben

Preparat sintetic cu acțiunile biologice

ale hormonului folicular. Incercat în

turburări climacterice și în toate celelalte indicațiuni

ale terapiei cu hormon folicular

Picături · Tablete · Fiole

DARMSTADT · FABRICĂ DE PRODUSE CHIMICE · FONDATĂ 1827

Reprezentanța : Chimiroman, București I, Str. T. G. Masaryk Nr. 32

reacții de laborator și în fine deparazitările necesare. La nevoie aceste servicii de igienă și profilaxie pot organiza spitale improvizate de contagioși.

Tot prin serviciile de igienă și profilaxie se pot organiza centre de transfuzie pe front. Astfel la Salz, în timpul luptelor dela Odesa, fiind la Spitalul 22 campanie și neavând la îndemână sânge conservat, d-l maior Sonea, șeful echipei de igienă și profilaxie de pe lângă spital, a determinat grupele sanghine ale trupelor spitalului, a ales donatorii universali și a practicat pe o scară întinsă transfuzii cu sânge luat direct dela acești donatori, salvând astfel viața multor răniți gravi.

La Simferopol, în timpul asediului Sevastopolului, serviciul de igienă și profilaxie Nr. 3 (care lucra pe lângă spitalul 7), avea la dispoziție sânge conservat adus cu avionul dela București. D-l maior Sonla, șeful acestui serviciu, s'a ocupat personal de fiecare caz în parte, făcând numeroase transfuzii cu rezultate tot atât de bune ca și în campania dela Odesa.

Aceste servicii de transfuzie sanghină, conduse de un medic abil și competent în materie, sunt deosebit de utile în perioadele de activitate febrilă pe front, cu răniți mulți, dintre care mulți hemoragici și șocați, cărorora nu li se pot face intervențiile necesare decât numai după o remontare cu transfuzie sanghină, infuziuni cu ser fiziologic și cardiotonice, așa cum am avut la Odesa, Sevastopol, Kerchi și în Caucaz pe frontul dela Abinscala.

În aceste cazuri, când afluxul de răniți este prea mare, este neapărată nevoie de întărirea chirurgicală, deoarece sunt foarte multe intervenții de făcut, care nu mai pot fi temporizate. Sunt foarte utile în acest scop echipele volante de chirurgie, care se deplasează acolo unde efortul maxim o cere. Am avut astfel de echipe chirurgicale pe lângă spitalele la care am lucrat, în luptele dela Odesa, Kerchi și Sevastopol, echipe care au lucrat cu un mare randament și cu rezultate deosebit de frumoase.

Pentru a putea fi cât mai utile răniților aceste echipe s'au deplasat înaintea spitalelor, împreună cu câțiva chirurghi dela spitale, formând posturi chirurgicale înalinate. Astfel de posturi chirurgicale înalinate am făcut la Spitalul 13 campanie în timpul ofensivei dela Kerchi, când am instalat postul la Itschki, pe când spitalul a rămas la Kolai, cu aproximativ 40 km. mai înapoi. În timpul retragerii din Calmucla, la fel am format 2 posturi chirurgicale înalinate la Sirotski și Zavetnoie, în timp ce spitalul se retrăsese cu 40 km. mai înapoi.

La Spitalul 22 campanie, în timpul luptelor dela Odesa având un număr excesiv de mare de răniți, serviciul sanitar al Armatei a IV-a de sub conducerea d-lor generali Negoescu și Oprescu, s'a îngrijit din timp și a adus întărirea chirurgicală necesare, astfel că la acest spital, spre ex., s'au format 5 echipe chirurgicale,

fiecare constituită dintr'un operator, un ajutor și un narcotizator. În timpul zilei lucrau în permanență 4 echipe, iar una făcea serviciul de control și selecționare a răniților primiți, în vederea operației. Prin rotație în fiecare noapte era de serviciu câte o echipă, pentru soluționarea cazurilor de urgență din timpul nopții, astfel încât unei echipe îi venea rândul tot a 5-a zi. În acest mod serviciul chirurgical a funcționat ireproșabil, făcându-se zilnic câte 30—40, chiar 70 de intervenții, dintre care unele 6—8 abdominale, obținându-se rezultate foarte frumoase, având mulți abdominali și alți mulți răniți gravi salvați. A fost o organizare model și d-l Lt.-Col. Dr. Mihăilescu Traian, șeful spitalului de atunci, merită toată lauda.

Pe lângă fiecare spital este prevăzut câte un serviciu de radiologie, care este foarte util, soluționând cu ajutorul Roentgenului multe probleme de chirurgie de războiu, ca: extracția corpurilor străine sub ecran, tratamentul fracturilor deschise de războiu, etc.

Am amintit că spitalele de campanie pot lucra cu amândouă secțiile medico-chirurgicale împreună sau cu fiecare secție separat. Se obține un randament mult mai mare și mai bun când amândouă secțiile lucrează împreună, așa cum am funcționat spre ex. la Salz în timpul campaniei dela Odesa.

În unele condițiuni însă, mai ales în ofensivă, unde spitalul este mereu în deplasare, este mai bine ca spitalul de campanie să lucreze separat cu fiecare secție medico-chirurgicală. Așa spre ex. tot timpul cât am fost pe front cu spitalul 13 campanie, am funcționat separat cu fiecare secție.

Secțiile trebuie să se deplaseze în mod alternant, așa încât secția care se află mai înapoi să treacă mai înainte, pentru ca la o nouă deplasare să rămână din nou mai înapoi. Este o greșeală mare de a se împinge mereu înainte aceeași secție, pe când cealaltă să rămână înapoi, fără a se face deplasările prin salturi succesive. În acest caz se poate întâmpla ca cele 2 secții să ajungă foarte îndepărtate una de alta, așa cum ni s'a întâmplat nouă la spitalul 13 campanie în timpul ofensivei dela Kerchi, când secția I a rămas la Kolai, în timp ce secția II-a s'a deplasat mereu înainte, la Scheliabovca, Itschki, Astaban și Leninskoie, ajungând la sfârșit la o distanță de aproximativ 120 km. de secția I, unde era și conducerea spitalului. În aceste condițiuni de sigur că atât aprovizionarea cât și lucrările administrative, soluționarea ordinelor urgente erau greu de făcut, încât în acest scop aveam în permanență pe drum mai mulți agenți de legătură, care însă de multe ori ajungeau prea târziu la destinație cu ordinele urgente, neputând fi transmise aceste ordine pe altă cale, din lipsa legăturilor telefonice.

Este mult mai logic și mai bine ca secțiile să se deplaseze în salturi succesive în mod alternant, încât

bolnavii care rămân dela ambulanță să fie îngrijiți de secția care se deplasează înainte, realizând astfel continuitatea indispensabilă în tratamentul răniților.

Când este aglomerație mare de răniți și este un procent destul de mare de recuperabili, este bine să se creieze un fel de secție aparte, cu 1 sau 2 medici, organizată într-o clădire aparte sau chiar într'un sat vecin, așa cum a fost organizată secția de recuperabili într'o comună apropiată de Simferopol, unde era sediul spitalului 7 în timpul asediului Sevastopolului.

Evacuarea răniților și bolnavilor constituie o problemă capitală pentru buna funcționare a spitalelor de campanie.

Principial spitalele de campanie trebuie să aibe în permanență cât mai multe paturi libere, pentru a putea primi pe toți bolnavii și răniții care sunt aduși aici. Întru cât numărul celor aduși la spital crește uneori în mod considerabil, așa cum am avut spre ex. la Odesa și Sevastopol, unde am avut zile cu 400-500 și chiar 700 intrări, incontestabil că pentru a putea satisface în aceste condițiuni afluxul mare de răniți, care continuă zilnic, trebuie ca zilnic să se facă evacuări masive, deci serviciul de evacuare să funcționeze în mod ireproșabil.

În scopul evacuării răniților Statul Major pune la dispoziția diferitelor formațiuni sanitare secții de autosanitare, în raport cu intenția comandamentului și nevoile locale. Pe lângă spitalele de campanie de obicei se dau 2 sau 3 secții autosanitare, fiecare secție având 5 autosanitare și câteva auto-turisme (la spitalul 13 campanie am avut secțiile autosanitare 69, 70 și 71).

Secțiile autosanitare păstrează legătura directă cu Serviciul Sanitar și cu Serviciul Auto din Biroul 4 Stat Major.

Secțiile autosanitare au ca scop principal evacuarea răniților și bolnavilor, iar ca scop secundar transportul materialelor sanitare înainte.

Autosanitarele pe care le-am avut la dispoziție în timpul campaniei actuale s'au dovedit a fi foarte puțin practice. În primul rând lipsesc mijloacele de suspensie pe arcuri la târgi, încât transportul fracturaților spre ex. era un adevărat calvar, fragmentele osoase putându-se deplasa în timpul transportului, chiar cu o bună imobilizare. Cu un astfel de transport defectuos mărim starea de șoc a răniților, încât la sosire trebuie să pierdem un timp foarte prețios cu remontarea bolnavului, neputând altfel practica intervenția de urgență.

În plus autosanitarele noastre fiind deschise, în timpul verii toți răniții ne soseau foarte murdari, plini de praf, care se strecura chiar și sub pansamente, expunând răniții la complicații grave. În timpul iernii, aceste autosanitare fiind deschise și neîncălzite, toți răniții au suferit din cauza frigului și mare parte din

ei, dacă nu au fost degerați anterior, au degerat în timpul transportului.

În concluzie, aceste autosanitare ar trebui înlocuite cu altele, care să aibe târgi cu aparate bune de suspensie; mașinile să fie complet închise și pe cât posibil să aibe un calorifer în legătură cu motorul, care să se poată utiliza în timpul iernii. Am văzut astfel de autosanitare foarte bune la Armata Germană, care au funcționat în mod ireproșabil.

La efectuarea transporturilor de răniți șoferii trebuie instruiți să nu meargă cu viteză mare, așa cum am văzut uneori șoferi care gonea cu 30-40 km. pe oră, încât răniții de pe târgi erau asvârliți în sus la fiecare groapă de pe drumurile Rusiei, care excelau în în această privință, fiind aproape toate desfundate și puțin practicabile. Mai ales când se transportă răniți gravi, șoferii trebuie să meargă cu o viteză cât mai mică, la nevoie chiar la pas, pentru a nu prejudicia viața celor care se află în autosanitară. În această privință un frumos exemplu ni l-au dat coloanele germane care transportă răniții dela aerodromuri la spital și care merg la pas, deși au mașini închise, cu mijloace de suspensie foarte bune.

Trebuia avut însă în vedere că la Armata Germană se face pe o scară foarte întinsă transportul răniților cu avionul, încât rănitul ajunge în scurt timp la spital. La noi însă, unde s'au făcut transporturi de răniți cu avionul pe o scară restrânsă, cei mai mulți răniți erau transportați cu autosanitarele, așa că trebuie avută în vedere și sosirea în timp util la spital, mărin d viteza de deplasare și îmbunătățind mijloacele de suspensie ale târgilor.

Am văzut că pe cât posibil spitalele de campanie trebuie așezate în apropierea liniilor ferate, tocmai pentru a putea soluționa mai bine problema evacuărilor.

De sigur că idealul ar fi ca fiecare spital de campanie să fie într'o localitate unde se află și o gară, pentru ca trenurile sanitare să poată veni până la ele, spre a face evacuările cu aceste trenuri, care sunt foarte bine amenajate, iar trepidațiunile din timpul transportului sunt minime, încât le poate suporta ușor orice rănit transportabil. În lipsă de trenuri sanitare speciale se pot folosi trenuri sanitare improvizate.

Natural că aceste condiții, de a avea o gară la dispoziție în aceeași localitate cu spitalul, nu se întâlnesc decât numai rareori. Așa spre exemplu în timp de un an spitalul 13 campanie nu s'a putut bucura de acest privilegiu decât în Crimeia (la Kolai, Itschki și Kerci). De cele mai multe ori însă am fost nevoiți să stăm chiar la distanțe apreciabile de linia ferată, făcând evacuările până la gară cu autosanitarele. În astfel de condițiuni mijloacele de evacuare proprii erau insuficiente și atunci pentru a putea face evacuarea unui

număr cât mai mare de răniți, mai ales în zilele aglomerate, ne-am folosit de orice ocazie binevenită, făcând evacuări și cu mașini de ocazie, cu coloane de transport care se întorceau de pe front pentru reprovizionarea dela centrele mai importante. Așa am procedat la Salz (spitalul 22) în campania dela Odesa și la Zavetnoie (spitalul 13) în Calmucia.

Vom folosi deci pentru evacuări orice mijloace ce am avea la dispoziție, deoarece dacă problema evacuărilor este bine rezolvată, se evită aglomerarea prea mare de răniți și îngrijirea lor la spitalele de campanie se poate face în condițiuni bune. În acest scop vom folosi, pe lângă mijloacele proprii autosanitare dela eșaloanele dinapoi, eventualele posturi înaintate de triaj și coloanele de transport auto sau hipomobile, când se întorc de pe front. Când aceste mijloace sunt insuficiente se vor cere din timp alte mijloace dela Armată.

In rezumat, misiunea spitalelor de campanie este de a spitaliza și trata răniții, cu scopul principal de a recupera efectivele în timpul cel mai scurt posibil.

Pentru atingerea acestui scop trebuie să se mărească numărul de chirurghi dela aceste spitale, spre a se putea face toate intervențiile necesare în cel mai scurt timp posibil după rănire; să fie cât mai mulți chirurghi calificați, cu mulți ani de specializare.

Serviciul de primire și triaj trebuie bine organizat, pentru a putea da mai întâiu ajutoare celor mai gravi la care intervenția nu se mai poate temporiza.

În războiul de stabilizare, pentru a obține un randament maxim, spitalul să funcționeze cu ambele secții împreunate; în războiul de mișcare să funcțio-

neze separat fiecare secție, făcându-se deplasările înainte în mod alternant, prin salturi succesive.

Nu se vor spitaliza decât recuperabilii în 7—15 zile și cei netransportabili timpul strict necesar până ce transportul lor nu le pune viața în pericol.

Serviciul de evacuare să funcționeze în mod ireproșabil, spre a evita aglomerarea și spre a putea astfel da ajutor imediat acelor care-și varsă sângele pentru țară cu atâta neprecupețire și abnegație de sine și a ne îndeplini astfel marea misiune de a salva și alina suferințele celor care luptă pentru dreptatea românească.

Bibliografie:

1. D. Căprioară: Considerațiuni cu privire la organizarea și funcționarea serviciului sanitar în campania actuală. Ardealul Medical Nr. 12 din Dec. 1941.
2. Al. Lambescu: În legătură cu chirurgia în spitalele de campanie de prima linie. Mișcarea Medicală Română Nr. 1—2, Ian.—Febr. 1943.
3. Porumbaru: Probleme chirurgicale la un spital de campanie de prima linie și câteva observațiuni. România Medicală Nr. 3 din 1 Febr. 1943.
4. R. Nițescu și C. Mircioiu: Câteva considerațiuni asupra chirurgiei de război din campania actuală. Ardealul Medical Nr. 11 din Nov. 1941.
5. M.A.N. Direcția Superioară Sanitară: Instrucțiuni tehnice sanitare 1942.
6. M.A.N. Direcția Superioară Sanitară: Instrucțiuni provizorii asupra organizării și funcționării serviciului sanitar în campanie, 1942.

CLINICA CHIRURGICALĂ DIN CLUJ-SIBIU,
Director: Prof. Dr. ALEXANDRU POP.

Probleme terapeutice

Sulfapiridina (gonopneumocidul) în tratamentul dizenteriei bacilare și a colitelor dizenteriforme

de

Conf. Dr. I. Gavrilă

Tratamentul dizenteriei și a sindromelor dizenteriforme constituie o problemă foarte importantă atât în medicina adultului, cât și a copilului, aceasta în special în anotimpurile de vară și de toamnă, când frecvența acestor infecțiuni este mai mare și mortalitatea cauzată de ele mai însemnată.

Ăcest tratament constă astăzi din unul igienodietetic, chimioterapic, specific și simptomatic.

Tratamentul igienodietetic prezintă o importanță deosebită pentru acești bolnavi. Se impune o îngrijire igienică temeinică a bolnavilor cu dizenterie, în special

a cazurilor grave, cu scaune muco-sanguinolente foarte frecvente. În aceste cazuri se face o igienă corespunzătoare a regiunii anale pentru a evita escarele și infecțiile secundare.

Regimul alimentar va fi fie cel clasic, la început 1—3 zile regim hidric constând din ceai cu zaharină, supă de orez, bulion de legume. Cu ameliorarea diareei se vor da progresiv făinoase: gris, orez, pesmet, supe de făinoase, biscuiți, pâine prăjită, pireuri de legume, unt, brânză de vacă, etc.

Bolnavul poate fi supus dela început la regimuri alimentare speciale: regimul cu mere crude, după Heisler-Moro, regimul cu pudra de mere „Aplona” sau regim de afine crude, etc. Aceste regimuri se aplică de obicei 1-3 zile și în general dau rezultate bune.

Un capitol foarte important astăzi în tratamentul dizenteriei și a colitelor dizenteriforme la toate vârstele îl constituie *chimioterapia cu sulfamide*.

Sulfamidele se aplică astăzi pe o scară foarte largă în tratamentul bolilor infecțioase acute și în unele din ele cu rezultate foarte bune, între aceste ultime infecțiuni se găsește și dizenteria.

Numeroși autori (*Lawrence, Rammelkamf Jewel, Lopez Cardozo, Stickl, Gärtner*) au demonstrat că substanțele sulfanilamide sunt puțin active asupra bacililor dizenterici, „in vitro”, în schimb substanțele: sulfapiridina și sulfathiazolul s’au arătat de o acțiune bacterică importantă în aceste împrejurări. *Cooper* și *Keller* obțin rezultate satisfăcătoare cu sulfapiridina și sulfathiazolul în infecțiile experimentale la șoareci cu bacili paradizenterici tip Flexner.

În clinică s’au obținut în ultimii 3 ani de către diverși autori rezultate foarte bune în special cu substanțele: sulfapiridina și sulfathiazolul.

Astfel dintre autorii streini vom cita: *Forster, Nikusch, Pellerat, Huber, Valdes, Sosa Gallardo, Lofredo, Sagesse, Fonseca, A. Bade*, etc.

Dintre autorii români vom cita: *Gh. Popovici, A. Stroe, S. I. Bruckner, Gh. Panăitescu, Dăncilă, Scutu*, etc.

Toți acești autori au aplicat în tratamentul dizenteriei bacilare și a colitelor dizenteriforme fie preparatele de sulfapiridină, fie de sulfathiazol atât la copii, cât și la adulți. Dozele aplicate din aceste preparate la copii, au fost în general de 0,10-0,20 gr. pe kg. și 24 ore în doză fracționată, până la obținerea rezultatului dorit (4-7 zile consecutive), către sfârșitul tratamentului, cu ameliorarea stării copilului de obicei și dozele se mai reduc. La adulți se dau 3-8 gr. pe zi. Cei mai mulți autori aplică calea de administrare bucală, unii preconizează (A. Bade) calea intramusculară, mai ales în cazurile mai grave.

În general toți autorii comunică rezultate excelente în aceste cazuri cu aceste preparate.

În ultimii 2 ani aplicăm și noi preparatele de sulfapiridină și de sulfathiazol în tratamentul dizenteriiilor și colitelor dizenteriforme și deja am notat într’un articol anterior (Ardealul Medical Nr. 2, 1943) câteva din rezultatele bune obținute de noi cu aceste preparate.

În anul acesta am utilizat în cazurile noastre preparatul de sulfapiridină, numit *gonopneumocid* „Hom-

burg” și asupra rezultatelor obținute cu această substanță vom insista puțin în această comunicare.

Am administrat până în prezent această sulfapiridină în 28 de cazuri de dizenterii și colite dizenteriforme. Unele din cazuri au fost confirmate și prin examenul bacteriologic, însă în cele mai multe cazuri diagnosticul a fost numai clinic.

Cazurile s’au prezentat cu simptomatologia clinică tipică a dizenteriei: temperatură variabilă, scaune muco-sangvinolente, dureri abdominale, tenesme. În unele din cazuri au fost prezente și simptome generale grave, de intoxicație, de deshidratare.

Vârsta cazurilor a fost următoarea: 1 de 2 ani, 1 de 9 ani, între 10-15 ani 2, restul cazurilor între 15-45 ani.

Metoda noastră de tratament a fost următoarea: imediat după intrarea în serviciu s’a făcut o purgație cu sulfat de sodiu sau cu oleu de ricină, după aceea bolnavul a fost supus fie regimului hidric clasic, fie regimului cu pudra de mere „Aplona”.

Concomitent am administrat apoi preparatul gonopneumocid la adulți câte 6-8 tablete (3-4 gr.) mai multe zile consecutiv (5-7 zile) până se obține o ameliorare în starea bolnavului și este pe cale de vindecare. Doza totală mai des a fost 10-20 gr. La copii mici doza a fost în general de 0,10 gr. pe kg. de greutate în 24 ore.

În cazurile ușoare și mijlocii de boală n’am mai administrat altceva, afară de regim și gonopneumocid. În formele grave cu fenomene toxice, cu deshidratare pronunțată cu simptome de insuficiență cardio-vasculară am mai aplicat tratamentul general indicat de împrejurări: infuziuni subcutanate și intravenoase de ser fiziologic, ser glucozat, cardiotonice. Într’un caz am administrat și ser antidizenteric polivalent câte 60 cc. pe zi, 2 zile consecutiv.

Rezultatele terapeutice înregistrate în toate aceste cazuri au fost foarte bune. Toate cazurile s’au vindecat într’un timp destul de scurt. Toate simptomele dizenterice s’au ameliorat și au dispărut cu o rapiditate destul de remarcabilă.

Temperatura de obicei a revenit la normal a 2-3-a zi dela începutul tratamentului.

Scaunele înainte de tratament erau foarte frecvente 15-40 în 24 ore, muco-sangvinolente. În timpul tratamentului numărul lor se reduce destul de repede, deja în prima zi de tratament frecvența lor scade la 5-10 pe zi, pentru ca după 3-5 zile să se reducă la 1-3 pe zi. Dispar din scaune destul de repede mucozitățile și sângele, devin semiformate, apoi formate și de aspect normal. În unele cazuri câteva mucozități mai persistă câteva zile.

Durerile abdominale și tenesmele dispar foarte repede, deja după 1-2 zile de tratament.

Starea toxică și fenomenele de deshidratare din cazurile grave se reduc și dispar destul de repede în cursul tratamentului, în unele cazuri chiar extrem de repede.

Ca exemplu al acestui tratament și a rezultatelor obținute iată rezumatul câtorva foi de observație:

Obs. I. — B. R. de 10 ani, fetiță, bolnavă de 4 zile. Vine în serviciul nostru la 1 Iulie 1943. Boala a început brusc înainte cu 4 zile cu dureri abdominale, vărsături, temperatură, se instalează din prima zi diaree, scaunele devin muco-sangvinolente a 2-a zi și sunt în număr de 30 zilnic.

La intrarea în serviciu prezintă ipertermie de $39,6^{\circ}$, scaune muco-sangvinolente dese, tenesme, stare generală alterată, fenomene toxice, adinamie, ușoară somnolență, deshidratare, tachicardie de 120.

Imediat după internare se face o purgație cu sulfat de sodiu. Se supune la dietă hidrică 36 ore. Primește la început 5 tablete gonopneumocid pe zi timp de 4 zile. În prima zi o infuzie subcutanată cu 100 cc. ser fiziologic și cardiotonice.

A doua zi dela începerea tratamentului starea bolnavei se ameliorează simțitor, ameliorare care apoi merge progresiv, frecvența scaunelor se reduce la 10 în 24 ore, a 4-a zi de tratament prezintă 3 scaune pe zi semiformate, sângele dispărut. Starea generală se ameliorează concomitent, temperatura a 3-a zi este $37,4^{\circ}$, a 4-a zi normală, tenesmele au dispărut complet a 2-a zi.

A 5-6-a zi se dau numai 3 tablete gonopneumocid pe zi, a 7-8-a zi câte 1 tabletă, apoi se suspendă medicamentul ne mai fiind necesar, pentru că după 7 zile de tratament totul este normal.

Cu ameliorarea scaunelor regimul alimentar se completează cu supe de făinoase, apoi făinoase, pireuri, astfel că după 8 zile de tratament ajungem progresiv la regim mixt normal și bolnava părăsește serviciul vindecată.

În total a primit 14 gr. gonopneumocid.

Obs. II. — P. M. de 2 ani, băiat. Intră în serviciul nostru la 1 Iunie 1943. S'a îmbolnăvit înainte cu 3 zile în mod destul de brusc, cu temperatură $38,5$, colice abdominale, vărsături, apoi diaree. A doua zi de boală scaunele sunt cu mucozități, a 3-a zi sunt mucosangvinolente și sunt în număr de aproximativ 25 în 24 de ore. A 4-a zi de boală este adus în serviciul nostru cu aceste fenomene.

La examenul în serviciu se constată următoarele: temperatură $38,9^{\circ}$. Scaunele sunt mucosangvinolente, prezintă dureri abdominale și tenesme. Starea generală este proastă, pulsul este 130, ipotonic, ușoară stare de intoxicație, cu adinamie, copilul abătut, prezintă fenomene de deshidratare.

Imediat după intrarea în serviciu este purgat cu oleu de ricină, apoi este supus timp de 2 zile la regimul cu pudra de mere „Aplona”, concomitent se administrează 3 tablete ($1\frac{1}{2}$ gr.) gonopneumocid pe zi în primele 2 zile, apoi 2 tablete pe zi timp de alte 2 zile și câte 1 tabletă pe zi în următoarele 2 zile. Cardiotonice.

Starea micului bolnav s'a ameliorat surprinzător de repede sub influența tratamentului, pentru că a 2-a zi deja scaunele devin mai rari, cu incetel consistente, fecaloide, astfel că a 6-a zi dela începutul tratamentului devin de aspect normal, odată pe zi. În același timp se ameliorează și starea generală, temperatura devine normală a 3-a zi, pulsul la fel, dispar fenomenele de intoxicație și de deshidratare. După 2 zile de cură cu preparatul Aplona este realimentat în mod progresiv cu gris, orez, macaroane, pâine prăjită, caș, pireu de legume.

După 7 zile de tratament pleacă acasă complet vindecat. În total a primit 6 gr. de gonopneumocid.

Obs. III. — D. I. fată de 18 ani, intră în serviciul nostru la 25 Iunie a. c. Boala a început înainte cu 5 zile cu dureri abdominale, greață permanentă, frisonete, temperatură $38,6^{\circ}$, diaree. În a 3-a zi de boală scaunele devin muco-sangvinolente și sunt foarte frecvente, aproximativ 30 pe 24 ore. Temperatura în aceste zile a fost variabilă. A 6-a zi de boală vine în serviciul nostru, când constatăm următoarele: Temperatura $38,4^{\circ}$, pulsul 116, ipotonic, tensiunea arterială 7-10 V. L. Scaunele sunt muco-sangvinolente, foarte frecvente, aproape la fiecare $\frac{1}{2}$ de oră. Prezintă tenesme pronunțate și colice abdominale. Limba este puțin prăjită. Bolnava este deshidratată în mod destul de pronunțat.

La intrarea în serviciu după ce primește o purgație cu sulfat de sodiu se supune la regim hidric timp de 2 zile. Se administrează apoi gonopneumocid în prima zi 7 tablete, în următoarele 2 zile câte 6 tablete, apoi alte 2 zile câte 4 tablete și ultimele 3 zile câte 3 tablete pe zi. Se mai dau și cardio-tonice și în prima zi 150 cc. ser fiziologic subcutanat.

Sub acțiunea acestui tratament starea bolnavei se ameliorează repede și în mod progresiv, toate simptomele morbide se reduc și apoi dispar, astfel că după 8 zile de tratament scaunul este complet normal și bolnava este vindecată. În total a primit 18 gr. de gonopneumocid.

A 10-a zi însă dela intrarea în serviciul nostru bolnava prezintă dureri la nivelul ambelor articulații ale genunchiului, cari se tumefiază și se desvoltă aci și puțin exudat, prezintă și subfebrilități până la $37,7^{\circ}$. Scaunele în acest timp sunt normale. Administrăm din nou gonopneumocid, 5 tablete pe zi timp de 3 zile, însă artrita genunchilor rămâne neinfluențată. Trecem apoi la administrare de salicilat de sodiu, 4 gr. pe zi și injecții cu calciu. Cu acest tratament fenomenele de artrită se reduc și dispar în timp de 10 zile. Apoi pleacă acasă vindecată.

Deci în acest caz este vorba de o dizenterie vindecată cu gonopneumocid, însă care ulterior se complică cu o artrită dublă postdizenterică a genunchiului, care iar se vindecă cu tratamentul obișnuit.

Aproximativ aceleași bune rezultate le-am obținut și în cazurile celelalte tratate cu acest preparat de sulfapiridină. Vindecările s'au produs în aceste cazuri după 4-9 zile de tratament, în medie după $6\frac{1}{2}$ zile de aplicare a tratamentului.

În cursul anului trecut noi am tratat un număr de 28 de cazuri de dizenterie cu metodele clasice fără sulfamide, la cari vindecările s'au produs în medie după 10 zile de tratament.

Deci după constatările aproape a tuturor autorilor și după ale noastre aplicând sulfapiridina și sulfathiazolul în terapia dizenteriei tratamentul acestei boli se scurtează în mod însemnat, aproape la jumătate, față de metodele terapeutice utilizate până acum.

Însă eficacitatea chimioterapiei cu aceste preparate în dizenterie se manifestă nu numai prin scurțarea tratamentului, ci și prin dispariția mult mai rapidă a simptomelor clinice din cazurile grave de boală; în special a fenomenelor toxice, cari dispar uneori în curs de 24 ore după instituirea tratamentului.

Preparatul gonopneumocid utilizat de noi a fost bine tolerat în toate cazurile noastre în dozele aplicate de noi. N'am înregistrat în nici într'un caz fenomene de intoleranță de orice natură.

Toate cazurile s'au vindecat fără recidive. Numai într'un singur caz s'a înregistrat o complicație, artrită postdizenterică dublă a genunchilor, care s'a vindecat apoi cu tratamentul obișnuit.

O problemă care mai este discutată în tratamentul dizenteriei este aplicarea terapiei specifice cu ser anti-dizenteric. Aproape toți autorii sunt de acord că este de prisos de a mai aplica această seroterapie alături de aceste noi preparate chimice, cari singure sunt capabile de a vindeca boala. Seroterapia are marele avantaj, că expune la boala serului, care câteodată poate fi foarte neplăcută, chiar gravă. Totuși în unele cazuri grave de dizenterie, cari se prelungesc și cari eventual nu cedează la sulfamidoterapie, se poate atașa, credem noi și seroterapia specifică, după cum noi am procedat numai în unul din cazuri.

Concluziuni. Se aplică tratamentul cu preparatul de sulfapiridină, gonopneumocid în 26 cazuri de dizenterii și colite dizenteriforme la copii și la adulți.

Se administrează o doză zilnică de 3-4 gr la adulți și 0,10 gr pe kg la copii mai mici. Doza totală pentru un bolnav adult a variat între 10-20 gr. Rezultatele obținute cu acest preparat sunt foarte bune, pentru că vindecările se produc foarte repede după aplicarea lui, în medie în 6 zile, pe când în cazurile tratate cu metodele clasice (regim, seroterapie, tratament simptomatic) timpul de vindecare este în medie de 10 zile.

Aplicarea preparatelor de sulfapiridină și sulfathiazol în terapia dizenteriei și a colitelor dizenteriforme reprezintă un progres remarcabil în tratamentul acestor infecțiuni. Rezultatele obținute cu aceste noi preparate sunt mult superioare celor obținute cu celelalte metode terapeutice aplicate în aceste împrejurări: regim, tratament simptomatic, seroterapie antidizenterică.

În consecință preparatele de sulfapiridină sau sulfathiazol nu pot lipsi astăzi din tratamentul nici unui caz de dizenterie sau sindrom dizenteric.

CLINICA BOLILOR CONTAGIOASE CLUJ-SIBIU

Societăți medicale

SOCIETATEA MEDICALĂ A SPITALULUI MILITAR SIBIU

Sedința din 4 Decembrie 1942

Prezidează: Medic Major Dr. C. Pascu

Medic Locot. Rez. Dr. N. Zolog: Heterochromie, colobom irido choroidian și opacități cristaliniene.

A. prezintă un caz interesant prin aceea că înglobează în același ochiu mai multe anomalii congenitale.

Este vorba de un elev T. R. în etate de 20 de ani din Cavalerie, care afirmă că din primii ani de școlaritate s'a sesizat că nu vede bine cu OD. Știe că bunicul din partea tatălui avea din tinerețe vederea redusă. Are un frate care de asemenea are un defect ocular și vederea redusă la ambii ochi.

Acuitatea vizuală OD = 1/50 nu corectează cu lentile
OS = 1

Skiascopie . . OD $\begin{matrix} \nearrow -8 D \\ \searrow -4 D \end{matrix}$ OS = E

Câmpul vizual mult strâmtat în treimea superioară OD. Deschiderea palpebrală la OD mai mică decât OS, pleoapa superioară acoperind în parte câmpul pupilar. Corneea transparentă, este mai mică în ambele meridiane decât la OS. Irisul de culoare brună (OS iris albastru) prezintă în partea inferioară o lipsă de substanță care merge până la nivelul unghiului irido-cornean dând pupilei forma ovalară.

La examenul oftalmoscopic în sectorul inferior al fundului de ochiu apare sub papila nervului optic la distanță de 1/2 DP o placă discoidă, albă sidifă mărginită de un tiv pigmentar prin care se vede sclerotica. Acest disc are aproximativ dimensiunile papilei. Sub el și separată de o fâșie de retină quasi-normală se observă o zonă întinsă ovalară de aceeași culoare albă sidifă, prevăzută cu o bordură pigmentară care se întinde până aproape de orra-serrata. Suprafața ei ca și a discului juxtapapilar este străbătută de câteva vase retiniene și e deprimată față de retina din jur, ceea ce explică miopia găsită la skiascopie. Cristalinul în sectorul inferior cataractat.

Pupilele reacționează normal.

S'au asociat deci în același ochiu următoarele malformațiuni: microcornee, colobom irido-chorio-retinian, melanoza irisului și cataractă. Colobomul irian descris face parte din grupul colobomelor tipice rezultat din închiderea incompletă a deschizăturii ventrale optice în extremitatea ei distală, colobomul chorio-retinian nu cuprinde corpul ciliar și n. optic și este deci un colobom în punte.

În continuare A. face o incursiune în embriologie, teratologie și studiul eredității pentru a explica anomaliile descrise și amintește ipoteza lui Spemann după care ar exista un centru organizator constituit dintr'un grup de celule cu un metabolism foarte activ și care au o putere de inducție și organizare asupra celulelor în devenire. Alterarea acestui centru ar produce anomaliile.

Conselecțiuni asupra aptitudinilor oculare pentru serviciul militar.

A. după ce arată importanța vederii în diferitele activități omenești și procentul mare de defecte oculare care se întâlnesc în toate colectivitățile comentează articolul 61/75 al regulamentului asupra aptitudinilor fizice pentru serviciul militar, arătând la fiecare articol insuficiențele și făcând propuneri de modificare.

Medic Slt. rez. Dr. Șt. Gârbea: Considerațiuni asupra importanței oto-rino-laringologiei în patologia generală.

Specialitatea oto-rino-laringologică este una din cele mai recente specialități medicale și a fost la început asimilată serviciilor de boli interne fiind considerată ca o anexă a internistilor. Mai târziu ivindu-se necesitatea unor intervenții de specialitate, oto-rino-laringologia a trecut sub protecția chirurgiei mari și abia în ultimul deceniu prin progresele uriașe pe care le-a făcut această specialitate și-a câștigat o absolută independență, documentându-și valoarea în raporturile ei cu toate celelalte specialități. Astăzi denumirea de oto-rino-laringologie este insuficientă pentru a arăta extinderea acestei specialități, care cuprinde și marele capitol al broncho-esofagoscopie, stăpânind în același timp o mare parte din

chirurgia cranio-facială și neuro-chirurgie. Se știe că prin specializarea în medicină, nu se poate înțelege cunoașterea patologiei unei singure părți a organismului ignorând cu desăvârșire toate celelalte ramuri medicale. Corelațiile între patologia diverselor organe, obligă pe medic ca să cunoască bine patologia generală pentru a ajunge un bun specialist. Specialitatea oto-rino-laringologică prin nenumăratele cavități ascunse și regiuni anatomice pe care le stăpânește a ajuns prin progresele ei rapide să aibe raporturi intime de patologie cu aproape toate celelalte specialități medicale.

Voiu înșira absolut sumar legăturile de patologie pe care oto-rino-laringologia le are cu celelalte specialități.

1. În stadiul actual al *patologiei interne* nu există internist care să nu apeleze la oto-rino-laringologie, de când s'a dovedit că o mare parte a proceselor patologice sunt datorite focarelor de infecție ascunse în regiunile anatomice aparținătoare specialității oto-rino-laringologice: sinuzite latente sau manifeste; amigdalite cronice ignorate; infecțiile dentare; determină cele mai variate imbolnăviri ale diferitelor organe și aparate ca: articulații, aparatul renal, aparatul circulator, nervii periferici.

Tulburările digestive infecțioase, dispepsii atonice; enterocolite, accese de apendicită, produse de sinuzitele posterioare ascunse, la acești înghițitori cronici de puroiu.

Constipațiile reflexe; dispepsiile reflexe; spasmele esofagiene; aerofagia sunt tulburări digestive omogene produse printr'un mecanism reflex. Putem aminti epistaxul afecțiunilor generale. Prin esofagoscopie sunt clarificate o mare parte a afecțiunilor esofagiene ca, ex.: cancerul cardiac, esofagului în faza absolut incipientă; care nu se poate pune în evidență prin simplul pasaj. Varicele cu hemoragii esofagiene ce se pot confunda cu hematemesele etc. Paraliziile laringiene recurențiale atrag atenția asupra suferinței mediastinului. Mai departe din sindroamele sanghine cu debut faringean fac parte: anghina monocitocă, agranulocitoza și leucemia acută.

2. Specialistul în *boli pulmonare* trebuie să trăiască în strânsă colaborare cu laringologul. Insuficiența respiratorie nasală duce la cele mai variate tulburări toracice și pulmonare: torace în carenă, turtit, asimetric, scolioze, cifoze, debilitate pulmonară. La 80% dintre bacilari se constată leziuni nasale. Un murmur vezicular diminuat nu e dat întotdeauna de T. B. C. incipientă și poate fi datorită unei impermeabilizări ale foselor nasale. Câte cazuri de astm pulmonar de origine reflexă nasală s'au vindecat prin îndepărtarea spinei iritative nasale. Examinarea rinologică a unui astmatic e o regulă. Afoniile matinale cu tracheitele și bronchitele cronice datorite secrețiilor patologice rino-faringiene: la adulți sinusitele supurate cronice posterioare și la copii vegetațiile adenoide. Dar mai mult prin progresele admirabile pe care le-a făcut tehnica tracheo-bronhoscopiei a ajuns să aducă servicii neprețuite phtiziologului. Lăsând la o parte tehnicile speciale pentru extracțiile corpiilor străini din trachee și bronși se amintesc, instalațiile pentru radioscopii și radiografii în diferite procese bronșectazice, suporații pulmonare cronice, unde se pot pune în evidență corpiii străini. În caz de tumori tracheale sau broncho-pulmonare li se pot studia prin bronhoscopie: forma, mărimea, sediul precis și în special clarificarea lor prin biopsie. Abcesele pulmonare acute sau cronice, localizate parahilar și central se pot evacua pe cale endoscopică. Se mai poate face și ablația tumorilor benigne. Chiar simpla bronhoscopie sau coagularizarea pintenului tracheal fac să înceteze de multe ori cele mai grave crize astmatice. Hemoptiziile a căror origine pulmonară nu se poate evidenția, se clarifică prin descoperirea varicelor sau leziunilor pe bronșii sau trachee. În fine o chestiune foarte importantă este tusa cronică supraglotică de origine nasală amig-

daliană și în ultimii doi ani am descris personal tusa cronică rebelă pornită dela amigdala linguală.

3. Raporturile neuro-psihiatruului cu oto-rino-logul sunt iarăși foarte importante. Cefaleea rinogenă este cea mai frecventă afecțiune cu care suferinzii se prezintă la neurolog. Sunt nenumărate afecțiunile nasale care pot produce această cefalee localizată în regiunea fronto-orbitară, temporo-parietală, occipitală, baza craniului sau pe întreaga regiune craniană. Toate sunt datorită unui dezechilibru al tonusului trigemin-simpatic produs de prezența leziunilor nasale. Nevragiile faciale rinogene, turburările psihice (obstrucția nasală produce turburări intelectuale la copii, imposibilitatea de a fixa atenția, scăderea capacității de muncă, melancolie diferite obsesii psihice întâlnită la cei cu deformația piramidei nasale și la cei cu turburări fonatorii de origine nasală).

Urechea este organul care face legătura cea mai strânsă între neurolog și otolog. Otita supurată poate da cele mai teribile complicații endocraniene: tromboflebite, meningite, abcesul cerebral, edemul cerebral, hidropizia meningeală etc. Vertijele sau amețe-tele cronice pot aparține cerebelului sau părții posterioare a urechii interne. Diferite tumori cerebrale sau în special cele ponto-cerebeloase dau turburări auriculare, așa că în atâtea cazuri neurologul trebuie să colaboreze cu otologul. Dintre bolile nervoase ar mai fi coreea care se vindecă aproape sută la sută prin înlăturarea focarului amigdalian sau adenoidian.

Majoritatea incontinențelor urinare la copii se vindecă prin ablația țesutului limfoid rino-faringian infectat.

4. Oto-rino-laringologul trebuie să colaboreze strâns și cu radiologul, cele mai dificile radiografii de executat și de interpretat fiind cele cerute de afecțiunile oto-rino-laringologice.

5. Stomatologul fiind în drumul specialității noastre cu diferite afecțiuni sinusale, gingio-bucale necesită o colaborare clinică și chirurgicală continuă.

6. În sfârșit ultimii ani au făcut progrese uimitoare cu privire la raporturile dintre ringolog și oftalmolog. Ochiul prin așezarea lui anatomică fiind înconjurat de sinusurile feții și având raporturi directe anatomice și fiziologice cu nasul a devenit prizonierul specialității noastre așa cum spunea un mare oftalmolog francez. Continuitatea mucoasei nasale cu cea conjunctivală, grosimea foarte redusă a peretelui osos despărțitor, deschiderea canalului lacrimo-nasal în meatul inferior. Epifora dacriocistită purulentă are origine nasală. Toate blefaroconjunctivele care rezistă la tratamentul obișnuit sunt de origine nasală. Din partea globului ocular pot fi de origine nasală diferite cheratite ulcero-corneene, irido-ciclite și turburări ale acomodatiei. Nervii optici călărind sinusurile sfenoidale se pot produce foarte des nevrite optice retrobulbare, datorită sinusurilor posterioare sfeno-etmoidale, cornețelor hipertrofiate sau ozenei. Majoritatea flegmoanelor orbite sunt de origine nasală.

Am ținut să vă prezint aceste date sumare în legătură cu specialitatea oto-rino-laringologică pentru a arăta că specialistul acestei ramuri medicale, pe lângă posedarea amănunțită a datelor anatomice și a unei tehnici chirurgicale precise a acestor cavități ascunse și sensibile trebuie să aibe cunoștințe temeinice din toate celelalte specialități medicale la care este chemat să colaboreze. De aici se poate deduce ce perspectivă de viitor va avea și de ce prestigiu medical se va bucura specialitatea oto-rino-laringologică în viitorul medical.

Pentru aceasta îndemnăm pe colegii mai tineri să îmbrățișeze cu toată încrederea această specialitate deoarece lipsa unui număr suficient de specialiști bine pregătiți în această ramură medicală, aduce greutate în punerea unui diagnostic precis sau a unui tratament rațional, lipsind colaborarea amintită în cursul acestei expunerii.

Drd. Lohan Tiberiu: Exostoze osteogenice multiple (boala lui Ombredenne).

Prezintă cazul unui soldat T. R. în vârstă de 20 ani, care vine în serviciul chirurgical al Spitalului Militar pentru această maladie, care nu-i produce tulburări funcționale prea accentuate în afară că îl jenează încălțarea bocancului și obosește repede în timpul marșurilor.

Clinic și radiologic se numără o sumă de 137 din aceste neoformațiuni osoase repartizate pe oasele membrelor toracelui și craniu. Cele de pe scheletul membrelor în special prezintă o extindere deosebită. Oasele gambelor bilateral 1/3 inferioară formează sinostoze.

Se mai remarcă talia mică a bolnavului și dimensiunile reduse în ceea ce privește lungimea membrelor ce au suferit un proces de scurtare în detrimentul formațiilor osteogenice.

Note și informațiuni

Decrete și Deciziuni

In Mon. Oficial Nr. 167 din 20 Iulie 1943 s'au publicat următoarele concursuri: 1. De medic primar de obstetrică și ginecologie la Sectorul sanitar I Galben, din Inspectoratul General Sanitar și de Ocrotire al Capitalei și 2. Pentru ocuparea postului de medic-primar radiolog la Clinica I-a medicală Spitalul Central din Iași.

In Mon. Oficial Nr. 169 din 22 Iulie 1943 sunt publicate următoarele posturi vacante de medici: Medic-șef al județului Iași, Prahova, Putna, Sibiu.

Prin Decretul Nr. 2031 publicat în Monitorul Oficial Nr. 171 din 24 Iulie 1943, d-l Dr. Iosif Stoihița a fost numit pe data de 1 Octombrie 1943, profesor titular la catedra de igienă generală dela Facultatea de medicină din Cluj-Sibiu.

Prin decizia ministerială Nr. 28.896/17 Iulie 1943, d-l Dr. Ion Cocioba, asistent la catedra de bacteriologie a Facultății de medicină București, se numește provizoriu, pe ziua de 1 August 1943 și până la concurs, în postul vacant de medic-șef de laborator la Spitalul din Lugoj.

In Mon. Oficial Nr. 171 sunt publicate posturile vacante de medici de circumscripție din cuprinsul Inspectoratului general sanitar regional București.

Prin decizia ministerială Nr. 28.468/16 Iulie 1943 publicată în Monitorul Oficial Nr. 173 din 27 Iulie 1943, se acordă o primă specială de reședință de 10.000 lei lunar pentru unele circumscripții rurale, plase sanitare, spitale și laboratorii, dela 1 Aprilie 1943.

Prin decizia ministerială Nr. 32.796 din 29 Iulie 1943, publicată în Monitorul Oficial Nr. 177/31 Iulie 1943, d-l Dr. Cărpinișan Cornel a fost numit provizoriu pe ziua de 1 August 1943, în postul de medic-primar chirurg al spitalului de boli pulmonare din Brașov.

D-l Dr. Koreck Ioan, fost medic al circumscripției Periam, jud. Timiș, a fost pus definitiv în retragere, pe ziua de 1 Decembrie 1942, pentru limită de vârstă prin decizia ministerială Nr. 31.375/26 Iulie 1943, publicată în Monitorul Oficial Nr. 178 din 2 August 1943.

Prin decizia ministerială Nr. 31 383/26 Iulie 1943, publicată în Monitorul Oficial Nr. 185 din 10 August 1943, s'au făcut următoarele numiri de medici secundari, pe ziua de 15 August 1943, pe un stagiu de 3 ani, pe baza concursurilor depuse la Sibiu: *Medicină internă și boli contagioase*: d-l Dr. Munteanu Ovidiu, la Spitalul public din Sibiu, Subcentrul anti-rabic; d-l Dr. Berinde Leon, la Spitalul public din Timișoara, Serv. medical; d-l Dr. Ștefănescu George, la Spitalul din Lugoj, Serv. medical; d-l Dr. Popp Ștefan, la Spit. de contagioși „Dr. V. Babeș”, Brașov; d-l Dr. Goia Ovidiu, la Spitalul din Sighișoara, Serv. medical; d-na Dr. Palade Onoiescu Virginia, la Spitalul din Beiuș, Serv. medical.

Pediatrică și puericultură: d-l Dr. Scurtu Alexe, la Centrul pt. ocrot. copiilor, Timișoara; d-ra Dr. Rusu Elena, la Centrul pt. ocrot. copiilor din Arad; d-ra Dr. Benechea Victoria; d-l Dr. Pop Teodor Emil, la Spitalul de copii „Princ. Mircea”, Arad.

Dermatologie și boli venerice: d-l Dr. Anghelescu Mișu, la Spitalul de Stat din Timișoara.

Psihiatrie: d-l Dr. Roșu Silviu, la Serv. I psihiatrie la Spit. boli mint., Sibiu.

Ftiziologie: d-l Dr. Florea Coriolan, la Spit. de boli pulmonare, Brașov; d-l Dr. Mladin Traian, la Sanatorul tbc., Arad; d-l Dr. Rădulescu Nicolae, la Serv. tbc. dela Spit. „Dr. V. Babeș”, Timișoara; d-l Dr. Pap Carol la Spitalul de boli pulmonare, Brașov; d-l Dr. Patachi Ștefan, la Sanatoriul tbc., Geogiu-Hunedoara; d-l Dr. Guga Tiberiu, la Sanatorul tbc., Marila, jud. Caraș; d-l Dr. Mihăileanu Liviu, la Sanatoriul tbc., Aiud, jud. Alba; d-l Dr. Crăciun Ionel, la Sanatoriul tbc. Marila, jud. Caraș.

Chirurgie generală: d-l Dr. Gavrilă Victor, la Spitalul Anina, jud. Caraș; d-l Dr. Vespasian Puiu, la Spit. „Dr. A. Cădea”, Serv. II chirurg. Timișoara; d-l Dr. Bejan Ioan la Spitalul Central din Arad; d-l Dr. Fogaș Cornel, la Spitalul Petroșani, jud. Hunedoara; d-l Costa Ioan, la Spit. de copii „Principele Mircea”, Arad; d-l Dr. Ciortin Ovidiu, la Spitalul Târnăveni.

Stomatologie: d-ra Dr. Nistor Maria, la Clinica stomatologică din Sibiu.

Oftalmologie: d-l Dr. Țucudean Florean, la Spitalul central din Arad.

O. R. L.: d-l Dr. Moraru Viorel, la Spitalul central din Arad.

Laborator: d-ra Dr. Barbu Silvia, la Institutul de igienă, Sibiu; d-ra Dr. Lazar Livia, la Spit. „Dr. V. Babeș” din Timișoara.

Somniferul cu efect sigur

chiar și în doze mici
($\frac{1}{2}$ tabletă), somn recon-
fortant și o deșteptare
înviorătoare cu

QUADRO-NOX

ASTA A. G. CHEMISCHE FABRIK BRACKWEDE I. W.

Literatură și eșantioane vă stau cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R. ★ Strada Sf. Ionică No. 8, București



Redacționale

Costul anual al abonamentului la revistă este de Lei 1000. Pentru autorități 2000 Lei.

Costul unui număr este 200 Lei. — Abonamentele se plătesc anticipativ prin mandate poștale pe adresa: Administrația Ardealul Medical, Clinica ginecologică și obstetricală, Cluj-Sibiu, strada Haller 1.

Toată corespondența referitoare la chestiuni de redacție și administrație se va adresa: Clinica ginecologică și obstetricală Cluj-Sibiu, str. Haller Nr. 1.

Revistele generale și articolele originale vor fi publicate întregi. Nu se admit articole cu urmare. Articolele nu vor depăși 4 pagini de revistă. Costul tiparului peste 4 pagini va fi suportat de autor, 1500 Lei pagina.

Domnii abonați sunt rugați să anunțe la timp schimbarea domiciliului, pentru a evita orice neînțelegere în legătură cu expedierea revistei.

Anunțurile se angajează direct prin Administrația revistei cu tariful următor:

In interiorul revistei 1 pagină 3000 Lei, $\frac{1}{2}$ pagină 1600 Lei

Paginile de pe copertă și fixe au tarif special.

Pentru encartage se plătește 1 Leu de fiecare inserat.

Pentru anunțuri plasate pe pagina recto se socotește un plus de 30%.

Pentru anunțuri periodice (băi, staț. balneare, staț. climaterice etc.) se plătește un plus de 50%.

Autorii vor prezenta odată cu articolul și un mic rezumat în românește, franțuzește și nemțește.

Costul extraselor îl privește pe autor și jumătate din el se trimite deodată cu manuscrisul pe numele tipografiei, care altfel nu e obligată a face extrasele.

Se refuză articolele de critică și polemică ce vizează persoane, ca și articolele cari au fost deja publicate într-una din revistele din țară.

Recensiile articolelor originale vor fi scurte (maximum 15 rânduri tipărite, aprox. 30 rânduri scrise). Ele vor începe cu titlul lucrării în românește, titlul original (în paranteză), autorul, revista, numărul revistei, pagina și anul.

Toate manuscrisele vor fi dactilografiate.

Costul clișeeilor privește pe autori și vor fi comandate de autori după formatul revistei.

PARALIZIE GENERALA

ARSENOTERAPIE

Stovarsol
sodique

4 oxi - 3 acetilaminofenil - 1 arsinat de sodiu

FIOLE DE 0,50 gr. SI 1 gr.

INJECTII de 1 gr.
SERII de 20 la 30 gr.

CALE SUB-CUTANATA
sau INTRAMUSCHIULARA

IN ASOCIATIE
CU
PIRETOTERAPIE

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA MARQUES "POULENC FRÈRES" et "USINES du RHÔNE"
21, rue Jean Goujon - Paris

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXIV

SIBIUL MEDICAL

Anul IX

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VII

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Organ Oficial al Facultății de Medicină din Cluj-Sibiu, Societății Științelor Medicale din Cluj-Sibiu
Inspectoratului General Sanitar Sibiu și al Colegiilor Medicilor din Inspectoratul General Sanitar Sibiu

COMITETUL DE REDACȚIE:

Prof. Dr. I. Aleman, Prof. Dr. V. Baroni, Prof. Dr. Gr. Benetato, Prof. Dr. V. Bologa, Prof. Dr. Gh. Buzoianu, Prof. Dr. C. Crișan, Dr. I. Cosma, Prof. Dr. L. Daniello, Dr. I. Fabritius, Doc. Dr. O. Filipescu, Prof. Dr. I. Goia, Prof. Dr. C. Grigoriu, Prof. Dr. M. Hângănuț, Prof. Dr. I. Hațieganu, Dr. L. Ionașiu, Prof. Dr. M. Kernbach, Prof. Dr. I. Manta, M. Manta, Dr. C. Manta, Prof. Dr. D. Michail, Prof. Dr. I. Moldovan, Prof. Dr. D. Negru, Prof. Dr. V. Papilian, Prof. Dr. Al. Pop, Prof. Dr. R. Popa, Prof. Dr. Gh. Popoviciu, Conf. Dr. Tr. Popovici, Dr. A. Popu, Dr. Gh. Preda, Prof. Dr. S. Secăreanu, Prof. Dr. I. Stoichiția, Prof. Dr. M. Sturza, Dr. I. Sturza, Prof. Dr. C. Tătaru, Prof. Dr. E. Țeposu, Prof. Dr. C. Urechia, Dr. L. Ursu, Prof. Dr. T. Vasiliu, Prof. Dr. C. Velluda.

DIRECTOR:

Conf. Dr. I. GAVRILĂ

REDACȚIA
ȘI ADMINISTRAȚIA

Clinica ginecologică și
obstetricală Cluj-Sibiu,
str. Haller Nr. 1
Telefon 45

Normacol

Laxativul fiziologic



*Superioritatea capacității de a
se umfla a Normacol-ului*

față de alte substanțe naturale este dovedită experimental.

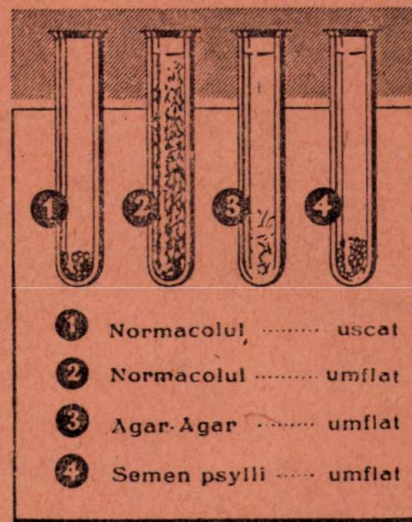
Experiența clinică

arată, că corespunzător capacității sale mărite de a se umfla, cu Normacolul se obține un scaun mai voluminos.

Scaunele cu Normacol nu diferă de loc de scaunele normale.

40 publicațiuni științifice

din clinică și practică certifică calitatea și siguranța Normacol-ului.



Cartoane cu 100 și 250 gr.

SCHERING A.G. BERLIN N 65

CODERE, S. A., București
Str. Clemenceau No. 6 Tel.: 3.58.05



Analeptic

cu acțiune centrală mărită și acțiune periferică energică.

Contra atoniei circulatorii consecutive mla-diilor infecțioase, în intoxicații, pre- și post-operator, în stările de epuizare, în convales-cență, în răul de röntgen.

In colaps, accidente de narcoză;
intoxicații,
paralizii vasculare, asfixie.

Lichid: Flacoane de 10 gr. -

Tablete: Tuburi de 10 buc.

Fiole: Cufii de 5 buc. à 1,1 cmc.

KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN P E R I N

Knoll S. A. R., Str. Atena 29, București 3.



ANTISCORBIN

Produs de vitamină „C” (L-Ascorbinat de sodiu):

Injectii:	0,05/1 cmc.	—	cutia cu 10 fiole
”	0,10/2	—	” ” 5 ”
”	0,50/5	—	” ” 3 ”
Tablete:	0,05		tubul cu 12 tablete

BEVITAMIN HYGEA

Produs de Aneurin, Factorul „B₁”:

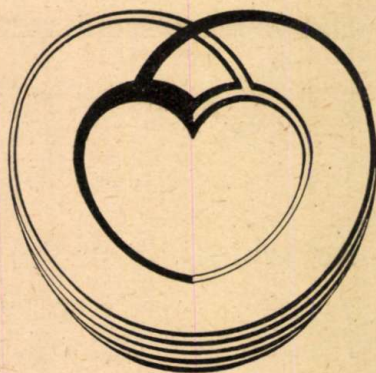
Injectii:	0,005/1 cmc.	—	cutia cu 3 fiole
”	0,005/1	—	” ” 6 ”
”	0,025/1	—	” ” 3 ”
Tablete:	0,003		tubul cu 20 tablete

FOLLICULIN HYGEA

Soluție oleioasă de Dihydrofoliculin Benzoic:

Injectii:	10.000 .U. I.	cutia cu 3 fiole	1 cmc.
”	10.000 .U. I.	” ” 6	” 1 ”
”	50.000 .U. I.	” ” 3	” 2 ”

FABRICA HYGEA-CLUJ S. A. R. BUCUREȘTI
SPLAIUL UNIRII 27 **TELEFON: 4-22-44**



Suprifen

În colaps circulator și hipotonii, în stări de astenie

Cu efect vaso-regulator asupra circulației
periferice și stimulent net asupra cordului.

Ambalaje originale:

Cuții cu 5 fiole de 2 cmc. Flacoane picurătoare de 10 cmc.

„Behringwerke“



Leverkusen

Reprezentanța generală pentru România:

„ROMIGEFA“ S. A. R. București, Str. Brezoianu 53. Tel. 6.01.80

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXIV

SIBIUL MEDICAL

Anul IX

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICA

Anul VII

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

SUMARUL:

Problema axiologică a medicinei curative:

M. Kernbach : Dreptul de a vindeca în cadrul teoriilor patologice Pag. 407

Revistă generală:

Prof. Dr. Gh. Popoviciu : Vitaminele și sănătatea copilului „ 413

Articole științifice :

Dr. Adrian M. Oncescu și Dr. Zeno R. Barbu : Operația lui Jacobaeus „ 417

Dr. A. Moga și Dr. C. Mețianu : Accidentele strofantinoterapiei și cauzele lor „ 423

Dr. Emil I. Bologa : Considerațiuni clinice în legătură cu un caz de xeroderma pigmentosum „ 431

Dr. Marin Teșoiu : Un caz de hernie obturatorie „ 436

Dr. V. Moșoiu : Sarcină tubară bilaterală „ 438

Medicină de război :

Medic Locot. Dr. Giuglea Cicerone și Medic Slt. rez. Dr. Dimitriu Constantin : Tifusul exantematic din Spitalul Z. O. 622 „ 439

Probleme sanitare :

Dr. Eugen Nuțiu : Probleme sanitare în mediul rural „ 444

Societăți medicale „ 448

Revista cărților : „ 452

Manual de dactiloscopie de *Dr. Valentin Sava*

Note și informațiuni : „ 453

Decrete, ~ Deciziuni. ~ Locuri vacante, ~ Congrese.



NEOL
ANGINE
ULCERATIUNI



NEOLIDES
CERVICITE
VAGINITE



CODOFORME
TUSE



NEALGYL
DURERI

LABORATOIRES BOTTU PARIS

Reprezentant
pentru România
**LABORATORUL
FARMACEUTIC**



"LUTETIA" S.A.R.
STR. TOAMNEI 103
BUCUREȘTI III
TELEFON 1.38.15

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXIV

SIBIUL MEDICAL

Anul IX

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VII

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Problema axiologică a medicinei curative

Dreptul de a vindeca în cadrul teoriilor patologice

de

M. Kernbach

(Continuare din Nr. 9)

Teoria patologiei ereditare (21)

Aci deoseblm bolile ereditare propriu zise și dispoziția spre boală.

a) *Bolile ereditare.* Cauza acestor boli se datorește dispozițiilor ereditare, care la rândul lor depind de unitățile mendeliene ereditare, localizate în cromosonii celulelor germinale, numite în genetică gene. Acestea reprezintă potențe de dezvoltare specifică care în decursul evoluției ontogenetice a organismului, se exteriorizează ca particularități morfologice, fiziologice sau psihologice, localizate sau generalizate. Sunt boli dominante și recesive, unele legate de sex, cele mai multe monomere, altele polimere, aleli multiple. Genele morbide apar după aceleași reguli ca și mutațiile generale: ele sunt modificările patrimoniului ereditar sub influența factorilor externi, mai numiți mutațogeni sau creatori de mutații a genelor. Fenomenul se mai numește după Lenz idlokineză sau idlovariațiuni, adică modificările datorită influențelor fizice și chimice. Mutațiile nu apar numai în celulele germinale mature, ci chiar în spermato și oogene, în spermato și oocite. În celulele în care se produce frecvent segmentarea nucleară, mutațiile apar acolo mai ușor.

Esența mutației genelor, se plantează pe vechea teorie a absenței — prezenței genelor. Într-o pereche de gene alele, una e dominantă, alte recesivă — adică cea care lipsește. Genele mutate își revin foarte adesea la calea lor primitivă. O mutație a genii trebuie privită numai ca o schimbare și nu ca o adevărată diminuare a vitalității genii, așa de fatală ca prin gena schimbată decursul evoluției să fie influențat chiar numai pentru purtătorul genelor mutate. Mutația genelor este numai o formă a schimbărilor ereditare. Mai există o altă

serie de mutații, mai ales modificările de formă, mărime și de număr a cromosomilor.

Numeroasele variațiuni ereditare - patologice ale omului, sunt sigur urmările influențelor ereditare-modificatoare.

Bolile ereditare exteriorizate azi au fost cauzate înainte cu multe generații. Mutațiile produse azi se vor recunoaște mult mai târziu. Mutațiile în 90% de cazuri sunt recesiv ereditare. Ele apar în fenotip numai atunci când se unesc doi factori ca atare.

Patologia ereditară nu poate fi înțeleasă dacă nu admitem influența mediului asupra calităților ereditare. Între ele există o strânsă dependență. În consecință, patologia ereditară este multicausală, condițională și corelată. Contra acestor patologii, *terapia ereditară* înțește la stăpîrea mutațiilor, înlăturarea cauzelor mutațogene. Abuzul ce se face azi cu toate radiațiunile, cu substanțele intens energetice (vitamine, hormoni, medicamente), sunt în măsură a modifica masa ereditară, a creia noi mutații. Atitudinea preventivă va fi și aci de capitală importanță.

b) *Constituție, dispoziție, inferioritate organică ereditară.* Prin constituție se înțelege acea constantă a corpului cu privire la puterea lui de rezistență. Ea aparține noțiunilor patologiei generale, adjuvantă gândirii medicale: câți oameni, tot atâtea constituții sunt. Esența ei se fundamentează pe genotip și persistază. E sinteza tuturor datelor singulare spre tabloul întregului.

Ea mai poate fi definită ca „prepararea reactivă a individului care condiționează facultatea de producție și de adaptare a organismului”.

„Ea este relativ durabilă, deși oscilatorie și schimbătoare. E corporală și psihică, apare morfologic sau funcțional în timpul evoluției și o recunoaștem în ca-

pacitatea productivității, a celei de rezistență și de reacțiune față de influențele patogene" (21).

Prin dispozițiile se înțelege prepararea specifică spre boală datorită unei cauze interne sau ambiționale. Se cunosc dispoziția de grup și dispozițiile individuale. Dispoziția de grup este aceea care ține de specie, de rasă, de etate și de sex. Ea stă sub influența cauzelor externe: geografice (dispoziții locale), sociale, profesionale, temporale (războiul, epidemiile, revoluțiile).

Dispoziția individuală e înțeleasă prin condiționarea unei anumite dispoziții prin factorii ereditari. Influențele externe condiționează o anumită stare de inferioritate sau de superioritate. Astfel este imunitatea la sugaci sau sensibilitatea pentru anumite infecții.

Dispoziția organică sau cea constituțională organică inferioară este determinată de forțele ereditare sau de cele peristatice în timpul evoluției individului. Ea poate fi legată de o constituție generală sau poate rămâne autonomă. Nu există o lege generală și dispoziția organică nu trebuie privită întotdeauna și în general ereditară (20).

Predispoziției i se arată o importanță din ce în ce mai mare, socotită a fi „elementul personal, specific, care orientează și care califică reacția morbidă. Problema bolii este mai întâi o problemă personală, interioară. Prin interior trebuie mai ales de încercat a o aborda, pentru a o înțelege și pentru a fi stăpân, în timp ce medicina modernă o consideră mai ales dela exterior. Aci constă revoluția în modul de a gândi despre boală. (22)

Clinicienii francezi, văd în predispozițiile acea aptitudine spre dezechilibru, o capacitate reacțională anormală. E cauza primă sau îndepărtată, dar e factorul veritabil specific. „Să acordăm boalei o concepție mai puțin anatomică, morfologică sau lezională, ci una mai fiziologică sau funcțională". (22) „Boala e în noi, de noi, prin noi". (23) „Ceea ce este specific, nu este boala, ci terenul pe care ea evoluează" (24).

Iată atâtea expresii care arată importanța terenului în clinica franceză modernă. „Multiplicitatea, diversitatea nu rezidă atât înafară de om în natură, cât în omul însuși, în reacțiile sale personale, adică în teren cu toți factorii lui ereditari și dobândiți, somatici și psihici, care îl caracterizează" (22).

Studiul constituției și al dispoziției morbide nu s'a limitat la enunțarea de teorii pure. Un medician german, care vede în „predispoziția la boală o micșorare a rezistenței țesuturilor și tulburări în capacitatea normală de reacțiune față de iritație" (25), a constatat că această predispoziție poate fi agravată sau diminuată în decursul vieții. Agravarea se produce prin gravitatea, iritații, sex, etate, tulburări ale glandelor endocrine și sexuale și ale sistemului nervos.

Diminuarea predispoziției la boală poate fi spontană, datorită chiar modificării masei ereditare. Vo-

luntar o putem micșora prin nutriție și medical prin iritația pielii cu ajutorul helioterapiei, curei de climat, roentgen-terapiei și diatermiei. Combaterea predispoziției la cancer o face, acest autor, prin ajutorul heterotransplantului.

Medicina dispune deci de o metodă de vindecare „prin combaterea dispoziției spre boală" (25) și de o terapie „constituțională" (26), ambele menite a preveni faza funcțională sau anatomică a bolii.

Teoria meteoropatologiei (patologia extraterestră) (27).

Aci două sisteme foarte complexe, organismul uman pe de o parte și fenomenele atmosferice pe de altă parte, fac ca faptele să întârzie în clarificarea lor. Düll, pe zece de mii de înregistrări, urmărind ani îndelungați influența celor mai mulți factori meteorologici și atmosferici, a ajuns la identificarea lor: temperatura, umiditatea și presiunea aerului, frecvența fibrilațiilor acustice, electrice și magnetice, paraziții atmosfero-electrici ionii aerului, electronii Runaway, oscilațiile ultraraștunilor cosmice, corpii streini solizi, lichizi și gazoși, precum și radioactivitatea aerului respirator.

Prin analiza acestor factori, Düll ajunge la schema acțiunii hipotetice a factorilor atmosferici. Datorită fenomenelor atmosferice și diferențelor de tensiune electrică în atmosfera mijlocie (stratul D) și în troposferă (atmosfera profundă), se produc paraziți electroatmosferici și anumite combinații chimice. Paraziții electroatmosferici sunt absorbiți de corpul omenesc, ca orișce conductor electric. Ei exersează astfel într'un mod nelămurit încă complet acțiunea lor specifică. Absorbția lor în corpul omenesc și urmările radiașunilor lor secundare (electronii, raze gama etc.) pricinuesc o ionizare prin dezagregarea albuminoasă. Rezultă cholina, acetilcholina și alte combinații fizice. Pe de altă parte, ajung direct în înima stângă, prin pereții alveolari și apoi prin capilare, vasele coronare, combinațiile chimice datorită radiașunilor intense prin razele ultraviolete și prin descărcările electro-aerice. Din aceste moduri diferite, parte produse chiar în organism, parte ca urme de materii inspirate, se produc devieri ale sistemului vegetativ. Alterașunile de echilibru ale acestui sistem, care intervin prin hormoni și ioni săi în viața fiecărei celule, influențează și vasele sangvine, presiunea sângelui, dând naștere simptomelor mult sinuoase ale sensibilității și perceptibilității vremii.

Acordul chimic fundamental al organelor ese din poziție în aceste cazuri, datorită și influențelor premergătoare — temperatura aerului, umiditatea, presiunea parțială a oxigenului, anotimpul, timpul zilei, tot așa și ritmul propriu al corpului și felul de alimentație. Nu se poate vorbi de un singur factor exogen specific. Majoritatea simptomelor de perceptibilitate și sensibilit-

tate la vreme, cu toată diversitatea lor exterioară, sunt readuse la o rădăcină comună: alterațiunea echilibrului sistemului vegetativ.

B. de Rudder întregeste datele experimentale cu cele clinice și precizează noțiunea *meteo-tropismului*. Acesta a fost constatat și dovedit sigur clinic și statistic, manifestându-se sub diferite simptome: dureri la vreme (cicatrice de operații, de amputații, tuberculoza pulmonară), dureri reumatice, dureri neuritice, dureri lascinante la tabes, crize de dureri la hipertrofia de prostată, colice hepatice și renale, eclampsia de gestație, crupul laringian acut, hemoptola, pneumonia, tetania sugacului (spasmodia), carpo-pedalo-spasmul, laringo-spasmul, eclampsia infantilă, tetania bronșică, criza acută de glaucom, apoplexia, debutul difteriei și în general apariția morții.

Există și un meteorotropism probabil descoperit în puseurile de filctene, complicațiile postoperatorii, criza anginopectorală, moartea prin scleroza coronară, criza de astm, de migrenă, de malarie, amigdalita, bolile a frigore: gripa și influența.

În afară de aceasta, se mai găsesc așa zisele boli sezoniere. Există tendința de predestinație sezonieră a unor boli, reprezentând un adevărat apogeu al acestora. Se crede, că ar fi vorba de o predispoziție ereditară localizată în celulele germinale. Ea stă și sub influența metabolismului.

Din punct de vedere practic, această teorie a adus la o *profilaxie metereologică*. Operațiile chirurgicale să se facă în timpurile favorabile meteorologice. Pentru bolile infecțioase există un sezon-minimum în care se va face profilaxia pe calea factorilor de sezon. În materie de profilaxie a bolilor infecțioase, ea trebuie făcută în sezonul lor de apogeu.

E singurul factor contra căruia se poate lupta. S'au instituit rețete profilactice pentru tuberculoză, rahitism, difterie, poliomielită.

În privința acțiunilor frontale ale vremii, profilaxia n'ar avea alt scop decât scăderea sensibilității omului la schimbările meteorologice. Băile cu nămol, termale și antrenamentul capilar, sunt cele mai recomandate.

Patologii sintetice (29)

Organismul fiind un complex multidimensional și multipolar, își dărește menținerea echilibrului și a sănătății prin relațiile sale interne și externe. Boala nu este în fond decât o *discorelațiune* a complexului dinamic organismic. În viitor nu se va vorbi decât de o patologie și o medicină a corelațiilor totalismului corp-suflet-spirit. Procesul morbid va fi privit nu numai în latura patogenetică, ci și în cea „higigenetică”. Nu alterațiunea anatomopatologică în ea însăși, nici alterația funcției în ea însăși, formează fundamentul unei științe

generale a bolii, ci una din ambele alterațiuni, pe un plan mai înalt, al unui studiu cuprinzător al turburărilor corelațiilor și deschide porțile înțelegerii pentru știința boalei real clinice. Totodată este de la sine înțeles, că în cadrele generale ale unei patologii a corelațiilor, aparține și o fiziologie și o psihologie a corelațiilor, o farmacologie, un diagnostic și un pronostic al corelațiilor și ca scop final, o terapie a corelațiilor. E calea spre construirea unei patologii unitare valabilă pentru medicina generală.

Definiții în patologie

Definiția cea mai sintetică și mai modernă a bolii care include în ea o bună parte a teoriilor expuse până aici este dată de Stebeck: „Boala nu este numai un fenomen somatic, ci și unul psihic, nu numai unul biologic, ci și unul personal și social (6).

O parte a definițiilor se grupează în jurul proceselor de apărare, regulare și echilibrare a organismului.

Restul definițiilor, însumează boala în marele proces biologic al *adaptabilității*: „suma modificărilor în construcția corpului pendinte de procesele reduse ale vieții, având drept urmare adaptarea insuficientă sau total deficientă influențelor vătămătoare”; „procesul morbid e orice perturbare în decursul procesului vital, prin care organismul este periclitat în existența lui biologică, adică când condițiile de viață date nu mai apar adaptate”; „boala e viața la limita adaptabilității”, e „adaptarea în condiții anormale”, e „lipsa adaptării, etc., etc.

Adaptarea este privită în mod diferit de medici și biologi. Ea este — după d-l Prof. E. Racovița (30) — tendința viețuitoarelor, niciodată realizată complet, de a ajunge la echilibrul compensator perfect, între acțiunea mediului extern și reacția consecutivă a organismului lor, tendință combinată cu cea de a se sustrage complet de sub influența mediului extern, prin izolarea mediului intern și alcătuirea unui mediu artificial. Această definițiune, privită în lumina *patologiei civilizației*, confirmă că într'adevăr omul, dintre toate ființele viețuitoare și-a creiat nu numai un mediu artificial, ci și un mediu prejudiciabil sănătății.

Dar prin ce se caracterizează reacțiile de adaptare ale organismului, față de factorii patogenici? Iată-le rezumate în felul următor:

1. Leococitoza antimicrobiană, care e urmată apoi de congestie, fagocitoză, localizarea procesului inflamator, puroi.

2. Febra, urmată de delir, accelerarea schimburilor termice și chimice, contra toxinelor și invaziei microbiene; în aceeași ordine de idei aparțin și antitoxinele.

3. În bolile degenerative postinfecțioase, apar reacțiuni umorale și neurovasculare, contra țesutului infectat și a produselor putride.

4. Dilatarea, hipertrofiile organice și mărirea tensiunii sanguine, sunt reacțiile de adaptare ale organelor în stările morbide incurabile. Acestea au un rol compensator sau recompensator. Totul se reduce la mărirea organului sau a funcției lui. Câteodată acest mecanism de adaptare este orb și disproporționat necesității; el rămâne totuși mijlocul cel mai eficace pentru a asigura supraviețuirea și pentru a îndruma organismul spre revenirea la sănătate.

5. Contra factorilor externi-îngheț, căldură — organismul luptă prin contracția mușchilor horipilatori și a celor ce aparțin vaselor superficiale, prin activitatea circulației profunde, care mărește combustia organică. Contra căldurii organismul luptă prin dilatarea capilarelor superficiale, prin sudarea și evaporarea țesuturilor, care la rândul lor crează senzația de sete.

Contra intensității razelor luminoase, organele dispun de un mecanism propriu de adaptare: ochiul (irisul și pleoapele) și pielea (prin pigmentare). Contra șocurilor și a mișcărilor grele organismul nu dispune de mijloace de apărare ale organelor sau simțurilor respective.

6. Față de cerințele vieții sociale, fizice și psihice, omul se adaptează în mod diferit. Profesunile imprimă lucrătorului diferite semne: calozități, boli sau deformări profesionale. La sportivi se produc atrofiile sau hipertrofiile ale mușchilor, inimii.

Organismul este dezarmat în fața cancerului și a bolilor mintale. Adaptarea se intercalează aici între fenomenele vieții și ale morții (31).

Am mai putea adăuga la cele de mai sus, a modificările organelor sau ale organismului în urma alimentației defectuoase, deficiente sau în surplus. Aici apar noul aspecte ale adaptabilității.

Dar toate aceste reacțiuni pe care autorul suscită le atribuie funcțiilor adaptative, nu pot fi ele tot așa de bine atribuite funcțiilor de apărare sau de echilibrare ale organismului? Credem că da. De multe ori ignoranța noastră am vehiculat-o prin expresiuni, a căror profund înțeles nu l-am cercetat. Și că este adevărat, iată ce spune Carrel (32), care folosește termenii de „adaptare”, „regulare”, „echilibrare” și „rezistență” în mod simultan și sinonim: „Funcțiile adaptative sunt acelea care permit omului a supraviețui în pofida condițiilor defavorabile ale mediului. Aceste funcții intra sau extraorganice lucrează în fiecare clipă a vieții. Nu dăruim decât grație lor. Adaptarea intraorganică se rezumă la regularea automată a compoziției sângelui și umorilor, menținând acel echilibru fizico-chimic, care asigură constanța mediului intern, care depinde în ultima analiză de intervenția automată a sistemului

nervos. Acest mediu intern asigură corelația organelor, adică acel sistem care face ca fiecare element al corpului să se acomodeze altuia și altele lui. E un mod de adaptare teleologică. Acest mecanism de adaptare interioară corelaționistă, explică reparația țesuturilor, fie privită morfologic, fie numai funcțional. Același fenomen e și în timpul îmbolnăvirii, o echilibrare a forțelor corelaționiste și cu putere de a se suplini. Fără puterea de adaptare ființele vii n'ar putea trăi, căci ele sunt supuse fără încetare atacului virusului sau bacteriilor și atingerii structurale a numeroaselor elemente organice.

În adaptarea extraorganică, corpul ajustează starea sa interioară variațiilor mediului. Luptăm contra factorilor lui (îngheț, căldură etc.) prin modificări nervoase, circulatorii și nutritive, cu tot corpul nostru întreg. Această acomodare, în special aceea față de viața modernă, provoacă schimbări organice și mintale care constituie o adevărată deteriorare pentru individ. Acomodarea unei discipline fiziologice, intelectuale și morale, determină în sistemul nervos, glandele endocrine și în conștiință, schimbări definitive. Ea dă organismului o mai bună integrațiune, o mai mare vigoare și mai multe aptitudini de a depăși obstacolele și pericolele existenței. De aceea e obligator a renunța la această formă de sănătate artificială creată de civilizația modernă și să cultivăm numai pe aceea care-și are originea în excelența funcțiilor adaptative și a rezistenței naturale.

Dacă considerăm adaptarea în toate manifestările ei, ea apare ca agentul stabilizării și al reparațiilor organice, cauza perfecționării organelor prin întrebunțare, legătura care face din țesuturi și umori un tot persistent în variabilitatea lumii exterioare... Exercițiul funcțiilor adaptative, este de asemenea necesar dezvoltării corpului și al conștiinței, ca și efortul fizic dezvoltării mușchilor. Acomodarea la intemperii, la lipsa de somn, la oboseală, la foame, stimulează toate procesele fiziologice. Adaptarea nu se localizează niciodată la o regiune sau la un organ, ea dă impuls corpului întreg și de aceea ea trebuie considerată ca expresiunea proprietăților fundamentale ale țesuturilor, ca un aspect al nutriției”.

Fie că adaptarea se confundă sau nu cu funcțiile de apărare, de echilibrare sau de rezistență ale organismului, sunt dovezi suficiente că în starea actuală a lucrurilor, aceste funcții sunt deficitare. Statisticile în Anglia și Germania (33), arată statistic bolile care au o anumită corelație cu civilizația: hipertonia, basedowul, diabetul, ulcerul gastric, rachișmul, neuroza și probabil stările alergice. Altele au o corelație mai puțin strânsă cu mediul civilizației: sfîșiusul circulator și nervos, pleștea și cistita acută, miomul, anemia pernicioasă, anghina pectorală, caria dentară, mixodemul, schizofrenia, psihoza maniaco-depresivă, calculoza hepatică,

apendicita, hipertrofia prostatei, toxicozele gravidice, nefrolitiază, tromboza coronariană, hipertrofia amigdală și adenoidele. Popoarele care trăesc numai cu sânge și carne (Eschimoșii, Hasaii), sunt complet lipsiți de hipertonie. Multe din aceste boli lipsesc complet sau aproape complet și ele se manifestă de îndată ce primitivii iau obiceiurile și metodele de educație ale civilizațiilor.

Pe baza acestor date, s'a creiat *patologia civilizației* (33), care arată în mod netăgăduț, prin studii comparative la animalele în captivitate, la popoarele primitive, rolul nozogenetic al mediului marelor metropole muribunde. Această patologie arată, că într'adevăr funcțiile adaptative și de apărare ale organismului nu mai pot face față mediului creat de om, și se impune o readaptare a funcțiilor adaptative, crearea mediului natural în conformitate cu puterea de adaptare primordiale a omului.

Toxicele, alimentația, îmbrăcămintea, munca, odihna, condițiile climatice, educația, cultura, urbanizarea etc., sunt acelea care la popoarele civilizate dau boli ce le aparțin și de care ele sunt corelate. Acțiunea preventivă a medicinei va cuprinde de aproape și acești factori ai degenerării omeniei.

Privită sub acest unghi, boala apare integrată în procesul general al echilibrului biologic dintre viață și moarte, ea reprezentând în lupta pentru existență prestadiul inadaptabilității.

Procesul adaptabilității, examinat în lumina evoluționismului, care a creiat forma și funcția vîștuloarelor de azi, are în urma lui sute de mii de ani. Homo fossilis a străbătut o jumătate de milion de ani până la homo sapiens. Iar homo sapiens are în spatele său abia 2500—3000 de ani de civilizație. El s'a adaptat mai întâi mediului cosmic. În prima etapă a adaptabilității umane nu cunoaștem formele morbidității, recte a inadaptabilității. A urmat de sigur adaptarea interioară, homo faber, care a fondat mediul uman și care a evoluat până la omul tehnice și confortului modern. Bolile care au pătruns în profunzimea patrimoniului ereditar al umanității, se pot fără îndoială îngloba în procesul lent al adaptabilității. Dar boala care prinde pe om de mai multe ori în decursul unei vieți singuratice, e un proces cu o evoluție rapidă, redus la câteva ore, zile sau luni. Legile adaptabilității și ale evoluției nu se mai întâlnesc aici.

Boala ca și viața sunt în funcție de individ și mediu. Față de prejudiciile cauzate omeniei de mediul civilizației putem pune problema și invers. Nu am creiat pentru noi un mediu inadaptabil omenesc? Sau acest mediu a creiat această profundă insuficiență a ajustării vieții omeniei, concretizată în imensa și amenințătoare morbiditate și degenerare? Nu este acest mediu artificial creat prin tehnică și civilizație, acela

care a diminuat sau a suprimat funcțiile adaptative, făcând inutile mecanismele a căror activitate au fost neîncetat timp de milenii la toate ființele umane? Prin acest nou mediu, străin naturii dela obârșile s'au ridicat cerințe noi, față de care organele și funcțiile ființe ale organismului nu au putut răspunde decât prin boli ereditare, degenerări și boli dobândite? Omul modern nu mai dispune de instrumentația biologică spre a răspunde cerințelor organice și spirituale ale mediului construit de el? Sau instinctul celular ancestral de apărare, de echilibrare este pe punctul de a dispărea? Sunt probleme ce se cercetează.

II. Funcțiunile de conducere și de regulațiune ale organismului

(De adaptare, apărare, de rezistență, de echilibrare)

Față de numărul atât de mare al teoriilor patologice, este necesar să ne oprim asupra funcțiilor de comandă ale organismului, pentru a încerca să vedem dacă nu sunt aceleași care permit adaptarea, echilibrarea și rezistența față de factorii patogeni. Cunoșcând aceste funcțiuni, vom fi în măsură a înțelege mai bine procesul morbid și vom încerca apoi să construim un punct de vedere unitar între teoriile și definițiile analizate mai sus.

În tendința tot mai exprimată spre sinteză, întreg și unitate, procesul morbid nu mai poate fi pe deplin înțeles atât teoretic, cât și practic, dacă nu vom încerca mai întâi a depista funcțiile care aparțin acestui proces și apoi a vedea dacă nu poate fi și el introdus în gândirea organică, așa cum s'a realizat cu funcțiile de comandă ale organismului.

Organismul dispune de funcții de conducere și de funcții conduse. Aria activităților lor ce se influențează și corelează reciproc, e delimitată de un cerc închis, constituind un complex unitar între organul periferic, care e condus și execută și între centrul cerebral, care dispune și conduce, fie că excitațiunea vine dela exterior, fie din interiorul organismului. Aceasta, la rândul ei, stă sub dependența mediului de unde vin influențe variate pe care le recepționează, le transformă și le transmite diferitelor sisteme sau organe vegetative. E mecanismul care incită și menține, deslănțurile sau protejește diferitele energii ale dinamogeneticii ființei vii.

Punctul de sprijin al înțelegerii fiziologiei și patologiei întregului organism, îl vom găsi tocmai în funcțiile de conducere: Psihicul împreună cu complexul și îngreul „sistem vegetativ”. „Regulațiunea vegetativă pătrunde și determină fiece funcție a fiecei organ, a fiecei celule, motiv care ne obligă, atunci când considerăm alterațiunile organismului, să privim întotdeauna relația tuturor cu directiva reglatorie supraordonată și prin aceasta întreg organismul” (34).

„Regulațiunea nervoasă și regulațiunea umorală sunt legate în cea mai intimă reciprocitate (Grlesingen), constituind tocmai această „directivă regulatorie supraordonată“. „Nervii vieții“, rezumă funcțiile organelor spre unitatea vieții întregului organism și regulează avânturile vitale cele mai importante. În fiecare organism, nervii vegetativi, călăuzesc fiecare funcție prin excitație și inhibiție, iar în sistemul nervos central, în special în vecinătatea ventriculului al III-a, aflăm centrele supraordonate care prezintă procesele indispensabile de regulare: economia hidrică, termică, a sărurilor, a respirației, a circulației. Funcția sistemului nervos vegetativ este legată foarte intim de procesele umorale. „Toată suma factorilor care participă la regularea funcțiilor vegetative ale vieții, intră în noțiunea sistemului vegetativ“ (F. Kraus). În afară de sistemul nervos și endocrin, mai sunt și schimbările umorale ce reprezintă pentru unele centre vegetative iritațiile corespunzătoare. Ex.: căldura sângelui acționează asupra centrului termic, concentrația ionilor H asupra centrului respirator, un plus de zahăr sanguin poate produce pe calea nervoasă o creștere a adrenaliniei (care irită vaso-motorii și influențează astfel irigația sanguină a țesuturilor); mine-neralele K și Ca — au o formidabilă influență asupra stării de iritație a sistemului nervos vegetativ. Pe de altă parte, inervația vegetativă se interpune proceselor umorale în organul terminal, prin mijlocirea mediatorului chimic: simpaticul este adrenergic și parasimpaticul cholinergic.

Toate organele prin produsele lor metabolice și prin secrețiunile, care ajung în curentul umoral participă la regularea organismului. E datorită esențială a acestei regulațiunii prin revărsarea statornică a diferitelor materii chimice din economia vieții organice, să mențină constantele fizico-chimice ale umorilor, indispensabile menținerii vieții (isotermia, isotonia osmotică și isotonia sângelui). La acestea se adaugă acțiunea produselor metabolismului, a căror înlăturare e o necesitate multiplă a vieții și într'un mod special specific și semnificativ asupra întocmirii regulatorii vegetative într'un sens, dar care servește în același timp și menținerii acestei regulațiunii. Ca un exemplu CO_2 , care e format în fiecare organ viu și productiv într'o anumită tensiune, este trebuincios, mai întâi pentru funcțiile unei întregi serii de organe: mișcările normale ale intestinului, ale inimii, ale mușchilor striati; pe de altă parte o mărire a CO_2 în sângele circulant, care aduce o mărire a concentrației ionilor H, reprezintă iritația adecuată pentru centrul respirator și prin asta însuși cauza îndepărtării lui prin respirație. Ureea care provine din metabolismul albuminei, lucrează în mod asemănător și simultan ca iritație pentru eliminarea ei din organism și ca stimulent specific al excreției urinei. *Așa se orânduiesc numeroase produse ale organismului, în același*

timp ca tovarăș de serviciu și obiect al procesului regulativ, vegetativ: funcția organului este stimulată și făcută cu puțință prin produsul metabolic al organului însuși și al altor organe (Hoff).

În miocard, în mușchii scheletului nasc materii, care stimulează activitatea inimii și a mușchilor, în măduva osoasă și în ficat există materii active, care sunt importante pentru formarea sângelui și așa m. d. Hormonii sunt toate aceste materii care sunt produse în organe, care au o înrăurire asupra funcțiunilor vegetative ale organismului, asupra iritabilității sistemului neurovegetativ și asupra centrelor vegetative.

Acest vast și unitar sistem e condus (34) de patru mari principii:

1. Principiul antagonist;
2. Principiul compensator;
3. Principiul dublei faze hormonale, și
4. Principiul dublei garanții.

Principiul antagonist este pe deplin cunoscut și demonstrat în observațiunile clinice. În timp ce sistemul simpatic accelerează o funcție, parasimpaticul o inhibează. Unul constrânge, altul dilată, unul moleșește, altul irită, unul produce o creștere a secreției, altul reducerea ei, unul mărește procesele asimilării, celălalt pe ale desasimilării etc. În această acțiune reciprocă antagonistă, evident că centrele supraordonate reglează efortul lor sinergic. În toate stările morbide, în toate manifestările iritative predomină o parte a sistemului, dând impresia clinică a activității unuia singur, motiv pentru care s'a creat simpaticotonia și vagotonia. Toate stările de tranziție stau alături în diferite proporții, în stările iritative atât simpatică, cât și parasimpatică. Clinic rar vorbim azi de o vagotonie sau de o simpaticotonie pură.

Principiul compensator: se caracterizează prin faptul că fiecare deviere într'o direcție mai tare a unui membru aparținând sistemului vegetativ, de o valoare medie fiziologică, e contrabalansată de tendința unei supracorecții temporale în extrema contrarie, înainte de a se ajunge la normă. Asta se observă la patul bolnavului după febră și accelerarea inimii: creșterea schimbărilor și leucocitoza cu tendință mieloidă, înainte de atingerea completă a normei, e urmată de o fază cu temperatură în descreștere, bradicardie, scăderea schimbărilor și leucopenie, cu tendință limfatică. Regularea acestui proces compensator, cade în sarcina centrelor creierului intermediar.

Principiul dublei faze hormonale: se poate exemplifica prin jocul hipotau sau hiperglicemiei. Revărsarea glicemică simpaticotonică apare după o scădere mare a glicemiei prin intermediul insulinei, scăderea glicemiei insulare, ca a doua fază după creșterea glicemiei poate apărea chiar prin introducerea unei mari cantități de

zahăr sau în urma unei injecții cu insulină, tocmai cu scopul de a compensa devierea temperaturii de la normă și de a se menține reglarea termică (34).

De aceea cele două sisteme hiper și hipoglicemizante nu pot fi izolate unul de altul, ele sunt în adevăr, conjugate în diferite moduri și în așa fel, că factorii hiperglicemizanți antrenează automat o punere în mișcare a factorilor hipoglicemizanți și invers (35). Tot așa este și jocul hiperinsulinemiei-hiperadrenalinemiei în activitatea reciprocă a insulelor Langerhans și a medulo-suprarenalei.

Principiul dublei garanții poate fi rezumat astfel: organul secretă substanța proprie funcției lui, care la rândul ei devine iritarea nu numai pentru această funcție, ci și pentru alte organe care trebuie să o elimine.

Există o acțiune reciprocă întinsă între orânduirea regulatorie umorală și nervoasă, între ele și sistemul nervos vegetativ. Producerea hormonilor se datorește iritației nervoase. Hormonii însuși exercită din nou o influență covârșitoare asupra straturilor de excitabilitate ale sistemului neuro-vegetativ. Astfel că se produce un cerc închis: cuplarea funcțională între sistemul neuro-vegetativ și endoglandular, merge cu pas măsurat, ambii factori având un efect asemănător asupra organului terminal pe baza principiului *dublei garanții* (Leschke). Mai există o influență între glandele endocrine, o dublă funcțională intimă interglandulară, astfel, că din punct de vedere clinic, totdeauna vom întâlni tulburări pluri și nu uni-glandulare. Să nu uităm nici relațiile foarte intime între hormoni și vitamine pe de o parte, între vitamine și fermenți pe de altă parte.

Unitatea funcțională a organismului este astfel construită, ca toate producțiile acestuia în patru direcțiuni deodată:

1. Trebuințele organului întreg singuratic;
2. Trebuințele de armonie și relațiuni ale sistemului nervos, care conduce totalitatea organismului;
3. Relațiunile organismului cu mediul, și
4. Procesele de reglări interne.

Conducă de aceste patru principii și de imaginea unității funcționale, se va putea organiza și desluși funcția tuturor partenerilor sistemului de conducere a organismului, înglobat în așa numitul sistem vegetativ. El începe cu psihicul, care stă sub influența medulii interne și externe, influențând centrul cortical, de aici impulsul trece asupra creierului intermediar care închide centrul vegetativ, ce regulează unitar totalitatea proceselor de echilibrare vegetativă și numeroasele funcțiuni singuraticale ale organelor, spre sinteza unității întregului organism. De la creierul intermediar pleacă impulsurile vegetative pentru toate procesele metabolice mai importante: pentru economia hidrică, termică, glicemică, metabolismul grăsimilor și al schimbărilor generale, și tot aici află organele hemato-formatoare, aparatul vasomotoric și secreția transpirației, o reglări generală. Chiar și anumite funcții fundamentale psihice, anume mișcările de sentiment și de instinct care sunt esențiale ca fundament al întregii personalități și al unor comportări de voință, își au aici sediul lor.

De aici funcțiile organismului pot fi influențate direct prin sistemul nervos autonom și mediatorul său chimic sau prin intermediul glandelor endocrine.

(Continuare în numărul viitor).

Revistă generală

Vitaminele și sănătatea copilului

de

Prof. Dr. Gh. Popoviciu

(Continuare din Nr. 9)

g) Trebuința vitaminoasă a copilului

Am arătat în cele de până aici, că organismul în creștere are o trebuință vitaminoasă mult mărită (la copilul de sân și mai ales în pneumonie până la 10—100 ori, în vârstă preșcolară 3—5 ori mai mare), ca în vârstă adultă. Trebuința crește în infecții, în convalescența după diferite boli, mai ales la sfârșitul iernii când hrana este săracă în vitamine și lipsesc razele ultraviolete din lumina solară, care pot forma vitamine (vitamina D). Există și deosebiri individuale, variațiuni în capacitatea de utilizare și de depozitare a vitaminelor.

Copilul de sân are nevoie absolută de vitaminele liposolubile A și D, de vitamina B₁, complexul de vitamine B, și vitamina C. Trebuința lui vitaminoasă se acoperă prin alimentarea naturală. Prin alăptarea la sân se dă de 4 ori atâta vitamină C și de 3 ori atâta vitamină A, ca prin alimentarea din sticlă. Cu deosebire lăna laptele de vacă este foarte sărac în vitamina C. — O lipsă accentuată de vitamină A și C se produce în diluarea sau degresarea exagerată a lăptelui (zare) sau prin suprimarea lui completă, de ex. în regimul de eczemă. Laptele de vacă conține mai multă vitamină

C, decât cel de mamă, totuși el are o acțiune rahitogenă mai accentuată, probabil din cauza bogăției sale în fosfați.

Dintre vitaminele idrosolubile, vitamina B₁ și C lipsesc mai puțin din hrana copilului preșcolar și școlar. Trebuie de vitamină B₁ e satisfăcută prin făina și pâinea integrală (până la cantitatea care asigură 1—2 scaune normale pe zi); ea conține și alte substanțe valoroase (proteine, lipide, etc.) și ajută peste tot utilizarea idraților de carbon. Vitamina C combate și anemiile din vârsta școlară, cât și bolile alergice. Laptele, fructele și legumele fierte, laptele păstrat la aer liber, lumină, cartofii tăiați mărunți, sunt alimente sărace în vitamina C (cu deosebire la fierbere îndelungată). Mai bogate sunt fructele și legumele crude proaspete, nestătute, cât și laptele proaspăt pregătit, fiert timp scurt sau pasteurizat. Laptele crud trebuie totuși evitat (pericolul de infecții).

La noi Benetato a constatat lipsa relativă a vitaminelor A, B₁, C și D atât la copiii preșcolari și școlari ai țăranilor români (pedeopotrivi în regimurile sărace și în cele mai bogate), cât și la al muncitorilor, neatîngând în genere standardul fiziologic optimal, iar în vârsta preșcolară nici chiar standardul limită de vitamine.

Prevenirea și mai ales tratamentul rahitismului copilului trecut de 1 an nu se poate face pe cale alimentară, din cauza conținutului scăzut al alimentelor în vitamina antirahitică. Se mai dau preparate de vitamină D, cu deosebire untură de pește, și în scrofuloză și în rezistența scăzută a copiilor față de infecții.

Alimente cu deosebire bogate în vitamine sunt: gălbenușul de ou (vitamina A și D), ficatul (A, B₂ și H), untura de pește (A și D), untul (A), drojdia de bere (B₁, B₂, B₆ și H), făina și pâinea integrală (B₁ și B₂), spanacul, morcovii (A), ardelul, gulile, portocalele, lămâia, fragile, varza (C). Laptele de vacă este bogat în vitamina A și B₂, mai sărac în vitamina B₁ și (fiert) cu deosebire în C. Săraci în vitamine sunt cartofii și uleiurile vegetale. Copiii hrăniți cu aceste alimente și fără sau cu puțin lapte, unt, ouă, zarzavaturi, fructe crude, vor suferi în consecință. Cu deosebire este săracă în vitamine hrana copiilor din orașe, în jumătatea a doua a iernii. Hrana bogată în cereale, cu deosebire în porumb, este rahitogenă. Porumbul în exces produce și pelagra.

Conținutul în vitamine este în genere asigurat prin completarea legumelor și cartofilor din hrană cu lapte, pâine integrală, ceva unt, untură, untură de pește, salată și fructe.

b) Vitaminele și avitaminozele copilului

Vitaminele și avitaminozele cele mai importante la copil sunt: 1. vitamina (liposolubilă) D (antirahitică)

și rahitismul; 2. vitamina (liposolubilă) A și cheratomalacia, xeroftalmia; 3. vitaminele (idrosolubile) și avitaminozele B (B₁, pelagra, anumite anemii grave, celacia); 4. vitamina (idrosolubilă) C și scorbutul infantil.

Vitamina antirahitică D, este prima vitamină a cărei origine și structură chimică a fost elucidată, deși rahitismul a fost recunoscut ca avitaminoză, mult mai târziu ca avitaminoza A, B și C și asimilat la început avitaminozelor A. Confuzia cu vitamina A se datorește repartiției asemănătoare a vitaminei antirahitice cu a vitaminei A, fiind totuși unul mai sărac în vitamina D, ca în vitamina A, iar untura de pește mai bogată în vitamina antirahitică. În cantități mai mici vitamina D se mai găsește în lapte, gălbenușul de ou și scrumbe.

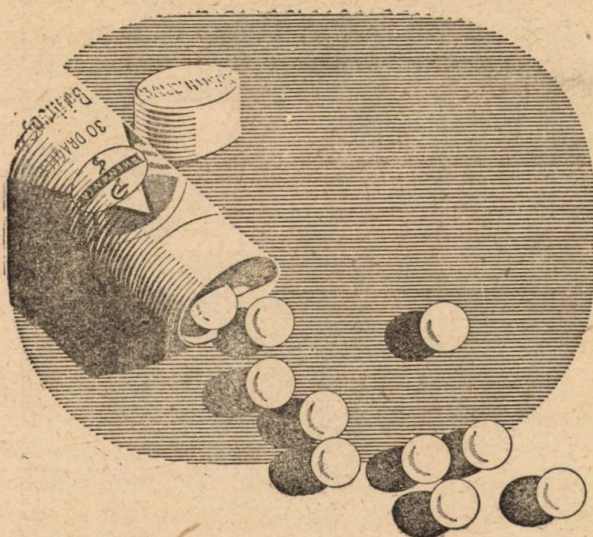
De multă vreme, încă înainte de a se cunoaște prin medicina experimentală existența și acțiunea vitaminei D, rahitismul se trata cu untură de pește. Tot atât de efectivă s'a dovedit iradierea cu razele ultraviolete (la început empirică secole de-a rândul, abia din 1919 științifică, experimentală). Azi se știe că în ambele tratamente acțiunea se datorește vitaminei D, prezentă în cantități mari în untura de pește (în partea insaponificabilă, bogată în steroli) și formată prin iradierea plelei cu raze de lungimea de 300 μ , din steroli țesutului adipos subcutanat, de ex. din ergosterol.

Ea se produce și în afară de organism prin iradierea ergosterolului (provitamină vegetală și animală) cu raze ultraviolete. Trecerea ergosterolului în vitamina D₂ cu efect antirahitic (izolabilă în formă pură, cristalizată, numită și calciferol), se face peste produșii intermediari lumisterol și tachisterol (factorul de calcinoză), și alături de alți produși toxici (suprasterol I, II, toxisterol). Vitamina D₂ cristalizabilă se prepară azi din ergosterolul drojdiilor de bere. Dar și iradierea grăsimilor din alimente (de ex. din laptele de vacă) cu raze ultraviolete le înzestrează pe acestea cu putere antirahitică, făcând laptele iradiat utilizabil în combaterea și tratamentul rahitismului.

Vitamina antirahitică naturală (animală) din untura de pește vitamina D₃ — se poate produce din 7-dihidrocolesterol (provitamină animală) prin iradiere. Se mai poate produce o vitamină antirahitică D₄, din 22-dihidroergosterol și D₅ din 7-dihidrosterol. Practic sunt importante numai vitamina D₂ și D₃, ambele aproximativ de același efect antirahitic la copil (D₃ e mai activă în rahitismul pullor, ca D₂).

Transformarea ergosterolului (C₂₈ H₄₄ O) prin iradierea ultravioletă în vitamina D₂ se face prin izomerizare. Regruparea atomilor în vitamina D₂ față de substanța mamă (provitamină, ergosterol) se face la inelul B din sistemul de 4 inele, sensibile față de lumină din cauza celor 2 legături duble conjugate între C₅ • C₆ și C₇ • C₈. Prin transformarea fotochimică se produce o nouă legătură dublă, între C₉ • C₁₀, dând un sistem nou

Pentru obținerea unui efect satisfăcător



la terapia cu valeriană de altădată, era necesar, administrarea în doze masive.

Baldrian-Dispert, un preparat nativ, concentrat prin uscare, nu prezintă acest dezavantaj ci permite, grație standardizării sale, o acțiune sedativă completă a Valerianeii. 3 Dra-geuri de Baldrian-Dispert = 100 U. S. V. (Unități șoarece de valeriană) după Haffner. Concentrația aceasta înaltă se obține prin procedeul modern de fabricațiune, prin dispersiune "Dispert".

Ambalaje originale: Flacoane cu 30, 100 și 1000 dra-geuri.

"Rhenania" Secția Farmaceutică a S. A. Kali Chemie, Berlin.
Dep.: Pharmag S. A., Brașov.

Baldrian Dispert

preparatul foarte concentrat de valeriană, fără gust și miros

MAGNESIUM MANDELAT «ASTA»

(granule solubile în intestinul subțire)
pentru terapia specifică în

Coli-infecțiuni
ale

Căilor urinare

*

Absolut netoxic

Foarte economic

(durată scurtă de tratament)



ASTA AKTIENGESELLSCHAFT CHEM. FABRIK BRACKWEDE

Literatură și eșantioane vă stau
cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R. ★ Strada Sf. Ionică No. 8 ★ BUCUREȘTI

Intrebuintati zilnic:

PACYL

contra Hypertensiunii

Coborîrea moderată a Tensiunii Arteriale ridicate.
Potolirea spasmelor vasculare.
Îmbunătățirea, pe cale bucală, a indispozițiilor subiective.

DIWAG

CHEMISCHE FABRIKEN A. G., BERLIN-WAIDMANNSLUST

Pentru mostre și prospecte adresați-vă:

Odol S. A. R. București, Str. Apostol Margarit 22

Sanatoriul St. Blasien

Altitudine 800 m.



Prospecte ilustrate gratuite.

Condițiuni climatice favorabile.

Climat curativ special.

Stabilimentul particular cel mai înalt
situat din Germania pentru

bolnavi de plămâni

într-o poziție privilegiată în regiunea sudică a
pădurii Schwarzwald.

COSTUL TRATAMENTULUI:

în camere pt. două persoane dela RM 9

în camere pentru o persoană dela RM 11

Medic Șef: **Profesor Dr. A. Bacmeister**

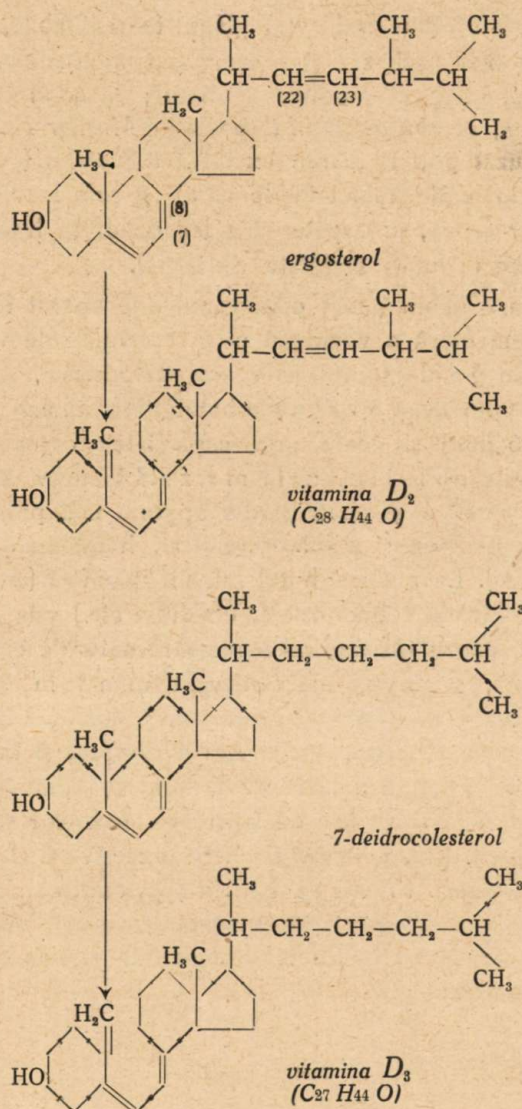
Medic Conducător: **Dr. A. Emmeler**

Chirurg

SANATORIUL ST. BLASIEN

Südl. Bad. Hochschwarzwald
Bahnhof Seebrugg (Deutschland)

de 3 inele, cu 4 legături duble. Legătura dublă în lanțul lateral al ergosterolului nu este indispensabilă pentru activitate și lipsește în provitamina animală, în 7-deidrocoolesterol (care conține totodată numai 8 atomi C în lanțul lateral, față de 9 atomi C al ergosterolului).



Importanța legăturilor duble din inele și nu a celei din lanțul lateral, a rezultat încă din primele cercetări pe care le-am făcut asupra originii vitaminei antirahitice, în colaborare cu György, la Heidelberg (în 1925). În continuarea lor am arătat cu Nișescu primii (1926), înaintea autorilor englezi și americani, că acțiunea antirahitică a derivaților de colesterol cu o singură legătură dublă inelară nu se datorește colesterolului, ci unei fracțiuni identificată apoi de Windaus (1926—27) cu ergosterolul, descoperire pentru care a obținut premiul Nobel. Elucidarea proprietăților substanțelor rezultate din iradierea ultravioletă a ergosterolului care a dus la izolarea vitaminelor D_2 , D_3 , etc., s'a făcut de 4 grupuri de cercetători: unul în Statele Unite și altele în Anglia, Germania și Olanda. Grupul

german a stat sub conducerea lui Windaus, cel mai bun cunoscător al chimismului sterolilor; acest grup l-au fost asociați și autorii români, prin cercetările la care am fost invitat de György la Heidelberg (1930) și pe care le-am continuat (1931—32) cu Nișescu la Cluj. Puterea antirahitică a vitaminei D_2 pură cristalizată este foarte mare (1 mgr. = 40,000 UI).

Și cele mai bune preparate de vitamină D_2 și D_3 sunt toxice în doze foarte ridicate, producând depozitări patologice de calciu în țesuturi. Dar distanța între doza terapeutică și toxică e atât de mare, încât tratamentul de asalt al rahitismului cu o singură doză mare de vitamină D_2 (15 mgr.) se face fără niciun accident. Acțiunea toxică a preparatelor mai vechi se datorează conținutului de toxisterol (dat azi împreună cu tahisterolul ca preparat A.T.10, activ în tetania paratireoprivă).

Acțiunea vitaminei D se consideră azi direct ormonală, din cercul de activitate a paratormonului, reglementând repartiția Ca-lui și P-lui între schelet și părțile mol. Cât de mică e deosebirea între acțiunea vitaminei și ormon, o indică tahisterolul, diferit de vitamină D_2 numai printr-o mică deviere a legăturilor duble și capabil să înlocuiască paratormonul.

Lipsa vitaminei antirahitice produce rahitism, frecvent între vârsta de 3 luni — 2 ani, cu deosebire la alimentație artificială, unilaterală, de îngrijire, bogată în cereale (deosebit în porumb), în condiții proaste de locuință și lipsă de aer. Formele grave cu deformări toracice și ale oaselor lungi (picloare O, X), cifoză, scoloză, eventual chiar înfracturii și fracturi, se întâlnesc numai în aceste condiții, la noi încă frecvente (incl. în regiunea Sibului unde le întâlnim mai des ca la Cluj, poate și din cauza pigmentației mai accentuate a rasei care peste tot joacă un rol însemnat în producerea boalei). Ereditatea încă joacă rol. Sunt deosebit de predispuși prematurii și gemenii.

Rahitismul este o boală tipică a creșterii. Copilul care nu crește, nu devine rahitic. Relațiile cu creșterea rezultă și din frecvența mărită a rahitismului la sexul masculin, unde predispune — cum am arătat — mai mult ca la sexul feminin, la bronhopneumonii, pneumonii. Combaterea rahitismului, azi atât de simplă și realizată în țările civilizate, se impune și la noi, tocmai ca un mijloc de combatere a mortalității iernale, încă insuficient utilizat în țara noastră. Vitamina D combate și tetania copilului, dezvoltată în genere pe un teren rahitic.

Lipsa vitaminei D joacă un rol și în producerea cariei dentare. Se pare că-l premerge o lipsă a vitaminei A (indispensabilă pentru dezvoltarea și păstrarea dinților); caria însăși s'ar dezvolta numai prin lipsa supraadăugată a vitaminei B_1 și C. Deci reglementarea hranei copilului în acest sens poate preveni caria den-

tară. Profilaxia ei, incl. a rahitismului, ar trebui să înceapă cât mai curând, chiar din perioada prenatală, prin tratarea corespunzătoare a mamei în ultimele luni ale sarcinii.

Vitamina A, antixeroftalmică (xerofol), se găsește cu deosebire în uleiurile peștilor, unt, lapte, gălbenușul de ou (untura de pește), ficat. Se formează din provitamina caroten. Prin dedublarea carotenului cu hidratare, sub influența fermentului carotinaza, ficatul și glandele suprarenale formează vitamina A₁ și A₂, chimicește foarte asemănătoare, de aceeași acțiune biologică. Carotenul (cu deosebire β-carotenul) se găsește în frunzele verzi ale plantelor, alături de clorofilă, adică spanac, salată verde, etc., în morcovi, pătlăgele roșii, cât și în fructe (caise, portocale, piersici, agrișe, smeură, etc.). În organismul animal se depozitează în ficat, cât și în grăsimea altor organe, inclusiv în mușchi. La copilul de sân la început se depozitează insuficient sau nu se depozitează de loc. Vitamina A stimulează creșterea, este indispensabilă pentru epitel, importantă pentru funcțiunea glandelor genitale, combate xeroftalmia, emeralopia, infecțiile. Acțiunea sa este legată probabil de fer (din emină).

Lipsa ei produce, mai ales la copilul de sân, **avitaminoza A**: distrofie alipogenetică, cu oprirea creșterii, apatie, inapetență, descuamație, iritabilitate a pielii și mucoaselor (diaree, pluri rebele, calculoze, diferite alte infecții, etc.), turburări trofice ale părului, unghiilor, dinților, cheratomalacie, perforația corneei. Xeroftalmia poate apărea și în alte vârste, cu deosebire în diaree cronice și turburări hepatice, când adică grăsimea alimentară nu este utilizată; și la copil xeroftalmia apare adesea cu icterul; de asemenea se întâlnește emeralopia (orbul gălbuie) în post (e remarcată mai ales în întunecarea străzilor).

Grupul de vitamine B interesează prin: 1. turburările și bolile produse în lipsa de **vitamină B₁**, turburările în creștere, excesul de hidrați de carbon, turburările de nutriție și digestive (incl. distrofia prin exces de făinoase, toxicoza, edemul, rigiditatea musculară, spasmiile din ele, cefalea), febra, infecțiile, nevralgiile, nevritele postgripale, postdifterice, hipertireoză, accidente sulfamidoterapice etc., tratate mai mult sau mai puțin cu succes prin această vitamină (betaxină și betablon); 2. lipsa factorilor vitaminoși al complexului de **vitamine B₂** (lactoflavina, acidul nicotinic, vitamina B₆, emogenul) și efectul lor bun asupra creșterii, pelagrel, anemiilor grave în sprue, cefalee, printr-o hrană bogată în ficat, rinichi, inimă și carne de vită, gălbenuș de ou, drojdie de bere.

Vitamina C, antiscorbutică, se găsește în fructele proaspete (cu deosebire în portocale, lămâie, dar și în agrișe, măceș, pătlăgele roșii), cât și în legume și zarzavaturile (ardele verde, varza nemțască), ceapă, car-

tofi. În cantități mari se obține din ardele verde și speciile de gladiolus sau pe cale sintetică în formă cristalizată. Este un acid (h)exuronc (acid l-ascorbic), foarte important în procesele de reducere ale celulei, în care joacă un rol catalizator (participând poate, ca și coferment, în formarea olofermentului esteraza, de asemenea foarte reductor). Este foarte labilă, fiind distrusă prin fierberea și conservarea alimentelor cari o conțin. Lipsa ei produce scorbutul; la copil echivalentul lui, **scorbutul infantil** (boala lui *Moeller-Barlow*), este cauzat prin fierberea excesivă a laptelui (cu deosebire în lunile înaintate de vară) și prin insuficiența fructelor crude, proaspete și a legumelor în hrană (cu deosebire în lunile înaintate de iarnă).

Până la un punct organismul este apărut față de lipsa alimentară a vitaminei prin **rezervele** sale vitaminoase (în glanda suprarenală, corpul cristalin, care în genere împiedică apariția scorbutului infantil sub etatea de 5—6 luni) și poate prin capacitatea organismului infantil de a-l (re)sintetiza (cum rezultă inclusiv din cercetările noastre și poate și din apariția mai precoce a altor avitaminoze: a rahitismului și cheratomalaciei la 2—3 luni). La noi scorbutul infantil manifest (cu emoragiile gingivale, subperiostale, ematurile etc.) este relativ rar, din cauza răspândirii alimentării naturale cu lapte de mamă, și survine mai frecvent numai în condiții excepționale de alimentație unilaterală, foamete (în războiul trecut, mondial, etc.). Azi a dispărut și în țările occidentale, datorită mijloacelor preventive (administrarea profilactică a sucurilor de fructe, a fructelor și legumelor proaspete, evitarea fierberii excesive a laptelui, a conservelor). Practic azi e mai importantă combaterea fazei prescorbutice (ipovitaminoza C), care apare mai ales în cursul infecțiilor (gastroenterită, pneumonie) la hrană unilaterală.

Concluzii

Cunoașterea vitaminelor și a importanței prezenței lor în hrană și în organism, ne-au dat directive noi pentru corectarea alimentației, cu deosebire în condițiile mai puțin normale sau în care aportul de vitamine nu este suficient asigurat. Mai ales copilul mic, în creștere, are o trebuință vitaminoasă mărită. Avitaminozele se întâlnesc mai frecvent la copilul de sân și la copilul nu mult trecut de vârsta de 1 an. Trebuințele sunt mărite în bolile debilitante, febrile (în special în cele infecțioase) și în război, când alimentația devine mai ușor unilaterală, calitativ și cantitativ insuficientă. La copil lipsa vitaminelor produce pe lângă anumite stări specifice de carențe (avitaminoze), — ca rahitismul, scorbutul, etc., — efecte generale grave, împiedicând creșterea și scăzând rezistența față de infecții. Lipsa vitaminelor agravează la copilul de sân și micul cele două mari grupuri

de boli, mai frecvente: afecțiunile respiratorii, care predomină iarna și turburările de nutriție, vara. Pentru combaterea morbidității și mortalității infantile studiul vitaminelor ne-a pus astfel la dispoziție importante mijloace, foarte ușor de aplicat, care produc efecte prompte, foarte ușor de obținut. Dacă n'ar fi decât efectele bătute la copil, cu drept cuvânt cercetările în domeniul vitaminelor ar trebui considerate ca încoronate de cel mai frumos succes practic. Pentru noi, țara cu cea mai mare morbiditate și mortalitate infantilă din întreaga lume civilizată și cu natalitatea scăzută în mod vertiginos în timpul din urmă, asemenea succese trag în mod deosebit în câmp. Pierderile extrem de mari suferite prin război, actualizează mai mult ca oricând asigurarea generației viitoare, printr-o generație nouă cât mai numeroasă și sănătoasă. Copilul, sănătatea lui, ocrotirea lui, nu mai trebuie să rămână ultima noastră grijă, cea mai mică.

Pe lângă aceste efecte practice studiul vitaminelor, pornit de la patul copilului bolnav, a dat un *avânt neașteptat* unor probleme importante ale medicinei experimentale, fiziologiei, farmacologiei, chimiei și fizicii. S'a ajuns la descoperirea sau cunoașterea mai precisă a unor grupuri de substanțe, corpuri chimice, noi, de mare însemnătate. S'au făcut progrese interesante în cunoașterea structurii chimice și a acțiunii fermenților și a hormonilor. S'au adus contribuții foarte valoroase pentru lămurirea mai de aproape a unor probleme atât de fundamentale ca creșterea, rezistența față de infecții, pre-

dispoziția la boli, constituția. S'a ajuns la colaborări internaționale extrem de fructuoase, între medicii clinicieni și alți cultivatori ai științei exacte pure, trasându-se și indicându-se drumuri pe care se va ajunge încă la alte noi descoperiri importante. Nu trebuie să uităm că numărul de vitamine și avitaminoze încă nu este definitiv stabilit. Se pare că mai este de străbătut un lung drum și că poate ne aflăm abia la începutul lui. De obicei cele procese care se petrec zilnic în fața ochilor noștri și par deci lipsite de interes sau ca de sine înțeles, sunt în realitate mai nelămurite, mai puțin cunoscute, mai misterioase pentru gândirea noastră. Problema vitaminelor este sigur una din acelea care interesează aceste procese fundamentale văzute zilnic, totuși învelite în mister. Pasionante și importante deopotrivă pentru medic și pacient, pentru omul de știință sau practician și pentru public, aceste probleme intră în preocupările noastre zilnice cu deosebire azi, când asigurarea hranei copilului se lovește de cele mai mari greutăți. Asigurarea legumelor și fructelor, pe lângă lapte, zahăr, făinoase și alte alimente indispensabile pentru copil, dar care lipsesc azi la noi chiar și în clinicile de copii, trebuie să fie prima grijă a factorilor noștri în drept și datorie. Vitaminele ajută activitatea intelectuală. Poate o mai bogată hrană în vitamine a factorilor responsabili, va ajuta și la noi satisfacerea mai expeditivă a acestor postulate vitale, asemănător altor țări și popoare civilizate, unde ele nu mai constituiesc probleme.

Articole științifice

Operația lui Jacobaeus

Considerațiuni asupra a 200 de cazuri personale

Dr. Adrian M. Oncescu

de

și Dr. Zeno R. Barbu

Sunt bine cunoscute astăzi, numeroasele vindecări clinice, ce se obțin în cursul tratamentului colapso-terapeutic medical, la bolnavii cu tuberculoză pulmonară. Numai acele pneumotoraxe însă, pot să favorizeze vindecarea, care vor conduce în scurt timp la ștergerea radiologică a leziunilor pulmonare și la dispariția definitivă a bacililor din spută. Rezultatele bune ale colapso-terapiei sunt datorite pneumotoraxelor eficace, pe când cele mai multe dintre eșecuri, revin în statistică, pneumotoraxelor parțiale.

Pneumotoraxul fără aderențe se întâlnește rar, abia în 4% din cazuri (Bezançon). Pneumotoraxul cu aderențe poate fi eficace, când bridele sunt subțiri și alungite, ceea ce nu împledește completa colabare a

leziunilor. În alte cazuri, aderențele, în deosebi cele pericavitare, se opun la închiderea cavernelelor, colapsul ajungând controactiv: aceasta constituie indicația de necesitate pentru secționarea de bride. Există și posibilitatea ca pneumotoraxul bridat, dar eficace în primele luni, să devină ulterior ineficace, după scurtarea prin scleroză a bridelor, sau după formarea de simfize secundare, provocând reapariția vechilor leziuni.

Urmărind 2—14 ani pe bolnavii cu pneumotorax, Matson, Gravesen, Unverricht și alți autori, au constatat că mortalitatea celor cu pneumotorax parțial se ridică până la 55—87%, pe când mortalitatea bolnavilor cu pneumotorax satisfăcător nu atinge decât 6,7—24% (Mistal).

Tuberculoza pulmonară tratată prin colapso-terapie medicală eficientă, poate să se vindece în proporție de 61—98% (Dumarest, Jacobaeus, Veran, Matson) și procentul este cu atât mai mare cu cât colapsul este mai complet.

Reușita unui tratament colapso-terapeutic, depinde și de alți factori, în deosebi de potențialul activo-evolutiv, de situația, dimensiunea și extinderea leziunilor pulmonare și de integritatea anatomo-funcțională a celorlalte organe vitale, ce pot fi coafectate de procesul bacilar.

Operația lui Jacobaeus eliberează plămânul supus prealabil pneumotorax intrapleural, de aderențele care îl mențin atras de torace. Pneumotoraxul parțial, ineficient, poate fi transformat într-un colaps eficient, sau chiar total, acesta din urmă reprezentând cel mai bun repaos anatomo-funcțional pulmonar, prin utilizarea deplină a posibilității de colabare a plămânului.

Secțiunea de bride pe cale endopleurală (cu torace închis), a fost executată pentru prima oară de medicul suedez Jacobaeus în 1913. Ea se răspândește curând în țările apusene din Europa și în America, mai ales după 1921. Operația lui Jacobaeus este introdusă în România de către Prof. L. Daniello, în 1931, la Sanatoriul clinic medical din Cluj și este adoptată apoi de alți chirurghi și fiziologi: L. Câmpănu, C. Cărpinișan (1932) la Brașov, M. Nastă, C. și H. Teodoreanu la București, etc.

Dintre numeroasele publicații străine, trebuie să menționăm importanta lucrare a lui Mistal, Endoscole et pleurolyse (1935) — și lucrările lui Kremer și Schmidt sintetizate în Kollapstherapie der Lungen Tbk. (1938). În România au contribuit următorii autori: Daniello cu mai multe publicații (cele peste 200 de cazuri operate de D-Sa în primul opt ani, sunt expuse pe larg în teza lui I. Timoc 1939), Adămașteanu (26 cazuri, 1937), S. Rusu și C. Anastasatu (170 de cazuri, 1942).

La sanatoriul Moroeni, operația lui Jacobaeus a fost introdusă de C. Cărpinișan și C. Bibicescu (1938).

În raport cu frecvența tuberculozel și față de foloasele reale pe care le aduce, această operație este încă prea puțin răspândită în țara noastră.

Vom expune o serie de considerații în legătură cu primele 200 de cazuri operate de noi, între anii 1939—1942 (în prezent am depășit 240 cazuri).

La sanatoriul Moroeni, dela începutul activității sale și până în 1942 (în 4 ani și jumătate) au fost operați 7490 de bolnavi de tuberculoză pulmonară, dintre care 2928 au fost tratați cu pneumotorax intrapleural de o parte sau de ambele părți. Operația lui Jacobaeus s'a executat la 15,06% din cazurile cu pneumotorax, procent care a fost mult depășit în ultimul timp. Numărul de intervenții în raport cu acel al pneumotoraxelor este relativ redus față de frecvența lui la alți autori (Kremer, Güllbring 50—81%). Mistal cifrează media intervențiilor după diverse statistici, la 25%.

Dintre cei 7490 de bolnavi, 916 au fost supuși la diferite operațiuni pulmonare (toracoplastii, frenicectomii, pneumotorax extrapleurale, secțiuni de bride etc.). Operația lui Jacobaeus, practică la 518 bolnavi, a reprezentat 56,44% din totalul operațiilor pulmonare.

Am intervenit după indicațiile clasice în următoarele cazuri:

1. La bolnavii cu pneumotorax intrapleural parțial și ineficient (cu bacili în spută) în al căror bont pulmonar, menținut de bride, apăreau la examenul radiologic imagini cavitare, direct suspendate de aderențe.

2. La bolnavii cu pneumotorax ineficient bridat, în al căror bont pulmonar neomogen umbrît, examenul radiologic simplu, nu putea pune în evidență imagini cavitare, prezența bacililor Koch în spută denotând însă o închidere incompletă a leziunilor cavitare. Examenul tomografic a confirmat adesea prezența de fante cavitare sau de „microcaverne”.

3. Am crezut util să intervenim și la bolnavii cu pneumotorax eficient, atunci când bontul pulmonar, neomogen umbrît la examenul radiologic, era tracționat de aderențe. Prin suprimarea traumatismului reprezentat de aceste bride, se pot evita puseuri tardive de evoluție în bont, cât și redeschiderea vechilor leziuni după scleroza și scurtarea bridelor. Totodată se previn simptomele secundare, exudatele și perforațiile, care ar putea apare ca o complicație a pneumotoraxului bridat.

Am intervenit de asemenea la bolnavii cu pneumotorax recent și parțial care făceau hemoptizii după însuflații, cât și la cei cu fistule pulmonare sau cu exudate pe care le presupuneam că stau sub dependența unor fisuri pleurale.

În primul caz secțiunea parțială a unor simptome s'întinse, a oprit hemoptiziile, dar modificând prea puțin colapsul, nu a impiedecat evoluția ulterioară a leziunilor. În cazul fistulelor, după secțiunea bridelor care le țineau deschise, am obținut două rezultate bune și unul nul.

Rezultatele clinice în raport cu indicația

Felul indicației	Nr. cazurilor	Rezultat bun		Neinfluențat		Agravat	
		Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%
Cavernă suspendată BK +	123	91	74%	28	22,7%	4	3,2%
Bont neomogen BK +	36	34	94,5%	2	5,5%	—	—
Bont neomogen BK negativ	36	36	100%	—	—	—	—
Fistule, pleurezii	3	2	—	1	—	—	—
Pneumo. cu hemoptizii	2	—	—	2	—	—	—

Încercând să clasificăm aderențele după localizare și după formă, ne-am lovit de dificultatea, că la același bolnav, în cursul examenului pleuroscopie apar aderențe diferite localizate și de forme variabile.

În general am întâlnit 70% aderențe care predominau în lobul superior, 7,5% în regiunea mijlocie; 3,5% aderențe mediastinale și 8,5% aderențe diseminate pe diverse regiuni din torace.

După formă, 41% au fost aderențe cilindro-conice; 37,5% membrane și corturi; 16,5% membrane falciforme și simfize rezecabile, iar 10% au fost sinechii și simfize greu rezecabile.

Localizarea aderențelor și mai ales forma lor, determină rezultatul tehnic, influențând indirect și rezultatul clinic.

Forma bridelor	Nr. cazurilor	Colaps total		Cu modificări apreciable		Fără modificări apreciable	
Cilindro-conice	82	68	83%	14	17%	—	—
Membrane, corturi	65	50	77%	15	23%	—	—
Falciforme, simfize	33	11	33%	20	60%	2	5,5%
Sinechii și simfize greu rezecabile	20	2	10%	7	35%	11	55%

Când sunt prezente numai aderențe cilindrice sau membranoase, colapsul total se poate obține cu ușurință. Dificultățile operatorii se înmulțesc, cu cât bridile sunt mai scurte și mai groase — și în aceeași măsură cresc dificultățile și eșecurile.

Momentul intervenției este dictat de aspectul radiologic și clinic pulmonar, iar nu de vechimea pneumotoraxului. Am intervenit cu bune rezultate la 2—3 săptămâni de la instituirea unui pneumotorax, atunci când bridile au fost bine delimitate, iar spațiul intrapleural suficient de mare, pentru a permite introducerea troacarelor.

Colapsul pulmonar eficient de la început, scutește pe bolnav de simptomatologia clinică a cavernele deschise și de complicațiile ce survin în cursul pneumotoraxului parțial (exudate, hemoptizii, bilateralizări etc.).

De aceea suntem partizanii pleuroscopiei precoce, deși intervenind astfel nu se pot secționa în unele cazuri, toate aderențele într-un timp. Rezecția bridelor principale însă, dă posibilitatea celor rămase să se întindă suficient, pentru a fi secționate cu ocazia unei noi intervenții.

Accidente operatorii au fost rare	Nr.	%
Colaps	7	3,5%
Dispnee, sufocație	21	10,5%
Hemoragii mari	2	1%
Lezarea parenchimului	9	4,5%

Colapsul cardiac a apărut la bolnavii emotivi și la cei cu stare imuno-biologică deficientă. Administrarea unui cardiotonic cu o jumătate oră înainte de intervenție, înlătură pericolul de colaps.

Dispneea și cianoza, ajungând uneori până la senzația de sufocare, sunt accidente benigne, care apar în cursul operației, la bolnavii cu pneumorax bilateral sau cu frenicectomie de partea opusă. Acești bolnavi au capacitatea vitală la limită (chiar sub 1500 cmc.) și pentru a putea suporta hipertensiunea intratoracică din timpul intervenției, când presiunea manometrică din punge pleurală operată egalează presiunea atmosferică, este bine să exuflăm preoperator, cât mai complet, punge pleurală din partea opusă. Semnele alarmante de insuficiență acută cardiorespiratorie, îngăduie totuși manopere operatorii timp 1/2—1 oră, după care, procedând la exuflarea punții pleurale operate, bolnavul respiră din nou înălștit.

Hemoragia este unul dintre accidente cele mai de temut. Numai o cunoaștere amănunțită a anatomiei intratoracice, pe lângă o bună orientare endoscopică, pot ca să o evite. Noi am renunțat la electro-coagularea prin curent diatermic, din cauza pericolului de escare profunde, care după eliminare pot provoca perforații pulmonare și utilizăm în deosebi în apropierea vaselor un curent galvanic de mic amperaj. Cu toate precauțiile, au survenit în două cazuri importante hemoragii care, au umplut din primele ore aproape jumătate din capacitatea punții pleurale. Aceste hemoragii s-au oprit la timp prin tratament general (repaos și coagulante administrate în cantitate mare). Ele s-au produs în cursul cauterizării unor simfize apicale, cu inserție parietală pe regiunea domului pleural, deci în vecinătatea arcurilor venei și arterei subclaviculare.

Micile hemoragii ce apar uneori după secționarea aderențelor cilindrice sau membranoase vascularizate, sunt benigne și se opresc imediat după secționarea completă a bridelor. Nu am întâlnit vase de calibru important în interiorul aderențelor.

Parenchimul pulmonar a fost lezat în câteva cazuri în timp ce se secționau simfize scurte (desinserția extra-pleurală, preconizată de Maurer nu era posibilă, deoarece porțiunea pulmonară simfizată corespundea vaselor mari sau mediastinului).

Din cele nouă cazuri, trei s'au complicat ulterior cu emble bacilar (unul din ele asociat cu stafilococi), iar într'un caz a survenit un pneumotorax spontan cu pleurezile mixtă. Celelalte cinci cazuri, au evoluat normal. Se pare că, parenchimul îndemn, cât și cel patologic atelectizat de mult timp, poate fi lezat, fără pericol de emble sau de pneumotorax spontan.

Complicațiile, au fost rare și benigne afară de infecții și de perforațiile pulmonare tardive.

Complicații	Nr.	%
Hipertensiune, emfizem	7	3,5%
Epanșament imediat sero-fibrinos	35	17,5%
Epanșament imediat purulent bacilar	4	2%
Epanșament tardiv simfizant	6	3%
Simfiză acută	3	1,5%
Simfiză progresivă	9	4,5%
Perforații tardive	3	1,5%
Leziuni nervoase	1	0,5%
Bilateralizare	5	2,5%

Sindromul hipertensiunii intratoractice și emfizemul subcutanat, se pot evita dacă se evacuează după operație surplusul de aer din cavitatea pleurală. Oplăcele administrate înainte de intervenție, prin efectul secundar vomitiv, pot provoca emfizem întins și simfize acute.

Epanșamentele sero-fibrinoase apar după fiecare intervenție. Am considerat drept complicații, numai pe acelea care au depășit nivelul diafragmului și au durat mai mult de 6—8 zile. Ele s'au rezorbt după 1—3 luni, numai în două cazuri, suferind o transformare tardivă, în emble bacilare.

Unele exudate au survenit abia la 2—6 săptămâni de la operație și fiind mai bogate în fibrină decât epanșamentele imediate, au lăsat după rezorbtia lor, simfize tardive bazale și apico-medlastinale. Punga pleurală devenind astfel rigidă a necesitat o întreținere cu presiuni mari pozitive ca și o cavitate extrapleurală. Rezultatul clinic nu a fost modificat de aceste simfize secundare.

Epanșamentele imediate purulente, bacilare, au apărut în patru cazuri.

De aspect clinic grav la început, aceste emble sunt bine suportate de bolnavi, după trecerea perioadelor febrile (1—4 luni). Embleul bacilar s'a datorit lezării parenchimului sau dezinserției spontane.

Infecția nebacilară și cea mixtă, deosebit de grave, au însoțit perforațiile cavitare operatorii sau spontane.

Toracotomia executată la timp și tratamentul antinfecțios general nu dau totdeauna rezultatele așteptate.

În nouă cazuri s'au produs simfize progresive fără ca în puna pleurală să existe exudat. Într'un caz simfiza progresivă a dus la redeschiderea unei caverne, cu reaparitia constantă a bacililor în spută.

Simfizele acute apar, de obicei, la bolnavii cu leziuni în plină activitate, a căror tuse de necesitate nu cedează la calmantele uzuale. Ei elimină, după operație, prin tuse și vomă, aerul din cavitatea pleurală în țesuturi, prin intermediul fistulelor operatorii. Cele două pleure vin astfel în contact și dau loc la simfize acute parțiale sau totale, sudarea lor fiind favorizată de exudatul fibrinos, care urmează oricărui iritații pleurale și de suprafețele recent dezinserate. Oleotoracele și insuflațiile masive nu reușesc să refacă colapsul. Singurul tratament eficient în simfizele parțiale este reintervenția precoce, după ce a cedat tusea — și redecizarea porțiunii recent simfizate cu vârful cauterului la rece, sau cu alt instrument bont.

Am întâlnit trei cazuri de simfize acute. Reintervenind, într'un caz a 10-a și a altul a 20-a zi de la prima operație, am izbutit să refacem colapsul în întregime (România Medicală Nr. 12/1942). În al 3-lea caz, cavitatea pleurală a dispărut complet după 24 ore și nu a mai fost posibil să o refacem, prin insuflații repetate.

Perforația pulmonară tardivă, de la nivelul unei caverne, este complicația cea mai gravă. Ea este adeseori inevitabilă, mai ales în cazul cavernelor mari superficiale incomplet colabate chiar dacă izbutim să secționăm toate bridele și să stabilim un colaps total. Pentru a evita perforația cavernelor de acest fel, am preferat în ultimul timp să provocăm simfiza artificială a celor două pleure (procedeu cu talc), intervenind, atunci când este indicat, cu o decolare extrapleurală. Peretele cavernei îngroșat cu pleura parietală, devine mai rezistent și chiar dacă s'ar produce mai târziu o perforație spontană, simptomatologia clinică nu este gravă, ca în orice pneumotorax spontan extrapleural. Provocarea de exudate în puna pleurală prin substanțe iritative, având drept scop principal tot îngroșarea și întărirea pleurei viscerale, prezintă dezavantajul că leziunile cavitare rămân deschise în parte, momentul perforației fiind numai întârziat, fără a evita totodată gravitatea infecțiilor endopleurale după perforații.

Perforațiile cavitare au survenit în trei cazuri. Două au fost datorite procesului de distrucție intracavitătar, iar în al treilea caz s'a asociat și un cușaj bronșic cu distensie cavitătară progresivă. Ele au apărut la bolnavi în plin puseu evolutiv, după 1—2 luni de la operația lui Jacobaeus, perforația având sediul la nivelul unor caverne mari apicale cu peretele extern foarte subțire. Două cazuri au sucombat la scurt timp după

perforație, iar unul a părăsit Sanatoriul cu emblema mixt și diseminarea leziunilor în plămânul opus.

Dintre leziunile nervoase, am întâlnit un caz de sindrom Horner-Claude-Bernard, după secțiunea unei aderențe membranoase scurte, inserată pe mediastin de-a-lungul arterei subclaviculare, pe o lungime de 4 cm., plecând de la emergența ei din oartă. Adventitia și simpaticul periarterial al subclaviculare și carotidelor au fost ușor lezate de căldura iradiată de cauter. Semnele oculare au dispărut după câteva zile (mloza a persistat trei săptămâni).

În primele zile bolnavul a prezentat și un discret asincronism de puls și tensiune, la cele două membre superioare.

Bilateralizările după operație au apărut în cinci cazuri. Ele sunt în raport cu potențialul evolutiv al leziunilor, cu starea plămânului opus și cu rezultatul tehnic. Astfel din 108 cazuri, în care plămânul opus era îndemn, sau prezenta numai fibroze reduse și inactive, un singur caz s'a bilateralizat. Din 62 cazuri cu leziuni active în plămânul opus, în 4 cazuri s'a constatat o extindere a acestor leziuni, iar în 58 cazuri partea opusă a rămas staționară, sau a fost mult ameliorată mai târziu, (93,5% ameliorări și numai 6,5% agravări).

Colabarea completă a leziunilor active dintr'un plămân, în urma unei operații reușite, suprimă focarul principal și conduce la ameliorarea leziunilor din plămânul opus.

Din cei cinci bolnavi la care au apărut bilateralizări, patru aveau forme evolutive de tuberculoză, leziunile fiind în curs de plină extindere. La trei dintre ei nu s'a putut modifica apreciabil colapsul (resecție parțială), așa că bilateralizarea nu poate fi atribuită modificărilor anatomo-funcționale intratoracice, pe care le-ar produce secțiunea bridelor.

Odată cu stabilirea unui colaps total, crește valoarea spirometrică în contul plămânului operat. Plămânul opus, supus până atunci unei hiperfuncțiuni își revine activitatea normală. Împreună cu valoarea spirometrică crește și metabolismul bazal, bolnavii respiră mai bine și câștigă în greutate. Tot astfel se explică creșterea în greutate a bolnavilor cu pneumotorax bilateral, după efectuarea unei apicolize totale bilaterale (colaps total la ambii plămâni), menținând bazele pulmonare reexpansionate.

Dintre cele 200 cazuri, 191 au fost operate într'un singur timp (95,5%), 8 cazuri în doi timpi (4%) și un caz în trei timpi (0,5%), obținându-se următoarele rezultate tehnice:

În 132 cazuri colaps total, sau apicoliză până sub coasta 5-a posterioară; în 55 cazuri, modificări apreciable ale colapsului, plămânul rămânând simfizat par-

țial pe unul din pereții cavității toracice (de regulă pe mediastin sau pe peretele costal anterior); în 13 cazuri s'au obținut numai modificări neînsemnate ale colapsului, din cauza sinechilor și a simfizelor nerezecabile.

Rezultatul clinic este direct influențat de mărimea colapsului și mai ales de gradul de apicoliză, după cum se vede din tabloul următor:

Rezultatul tehnic	Nr. cazurilor	Rezultat clinic bun	Neinfluențat	Agravat
Colaps total	132	122 92%	7 5%	3 2%
Cu modificări apreciable	55	42 76%	12 22%	1 2%
Fără modificări apreciable	13	0 —	13 100%	0 —

Rezultatul clinic este în raport invers cu vechimea procesului tuberculos: din 165 cazuri la care vechimea procesului era sub un an (caverne elastice) s'au obținut 88,4% rezultate bune, 9,6% rămânând neinfluențate, pe când în 35 cazuri cu leziuni vechi s'au obținut numai 49% rezultate bune, iar 51% au rămas neinfluențate.

Vechimea pneumotoraxului nu influențează rezultatul clinic, decât în măsura în care produce îngroșarea pleurelor și rigiditatea pungi pleurale, suprimând posibilitatea unei colabări mai pronunțate a plămânului.

Ameliorarea colapsului pulmonar, după operația lui Jacobaeus, nu modifică mersul evolutiv al leziunilor, în cazul unei stări imuno-biologice deficiente. Din 29 de bolnavi cu leziuni în curs de evoluție, numai în șapte cazuri (24%) s'au obținut rezultate bune, pe când 20 de cazuri (70%) au rămas neinfluențate și evoluția leziunilor a continuat. Din 171 bolnavi cu leziuni stabilizate au fost 156 rezultate bune (91%) și numai 13 cazuri au rămas neinfluențate.

În raport cu capacitatea funcțională a diferitelor organe, din 164 de cazuri cu capacitate eficientă am avut 90,8% rezultate bune, în timp ce din 36 cazuri, care prezentau deficiențe organice, numai 41,6% au dat un rezultat bun.

În general în cele 200 cazuri am obținut 164 rezultate bune (82%), 32 cazuri neinfluențate (16%) și 4 cazuri agravate (2%).

Am considerat un rezultat clinic bun după operație, când pe lângă o stare clinică bună, s'a obținut ștergerea radiologică a leziunilor cavitare din plămân și dispariția completă a bacililor Koch din spută.

Prezentăm mai jos un tablou comparativ al rezultatelor clinice obținute de către diferiți autori (modificat după Mistal):

	Nr. cazurilor	Durata observ.	Rezultat bun	Ameliorări	Staționări	Agravări
L. Bernard și Triboulet	53		52%	5%	12%	
Brissaud	75		50%			
Coulaud	331		50%	21,4%	28%	0,6%
Daniello	151	1—8 ani	66,43%		17,12%	16,43%
Diehl și Kremer	272		63%	8%	21%	8%
Moore, statistică după diverși autori	1850		75,5%		24,5%	6,3%
Oncescu și Barbu	200	1—3 ani	82%		16%	2%
Rusu și Anastasiu	170	1-3,5 ani	81,17%		12,94%	5,88%
Sayé	37		59%	8%	29%	4%
Unverricht	334	2—9 ani	61% morți sau inapți pentru muncă	27%		

Rezultatele diferă dela un autor la altul, după scrupulozitate, dar mai ales după durata de observație, numărul de rezultate bune micșorându-se proporțional cu lungimea timpului de observație. Procentul mare de rezultate bune pe care le-am obținut noi, trebuie privit sub rezerva lipsei rezultatelor tardive.

Dintre cazurile neinfluențate, eșecul poate fi atribuit: de 12 ori (40,6%) leziunilor evolutive, de 18 ori (56,2%) simfizelor nerezecabile (rezultat tehnic insuficient) și de două ori (6,2%) simfizelor postoperatorii cu reparația vechilor leziuni.

Din cei 32 bolnavi, a căror stare clinică pulmonară nu s'a modificat imediat după intervenție, 16 s'au ameliorat tardiv (50%), 8 au sucombat după 2—5 luni (25%), iar alți 8 bolnavi nu au putut fi urmăriti, după părăsirea Sanatoriului.

Dintre agravări una se datorește unul accident operator (ruptură de cavernă cu emblemixt consecutiv), iar trei complicații (emblemie tbc. maligne și mixte, din care unul prin ruptură spontană de cavernă la 20 zile dela operație). Din cei patru bolnavi agravați, doi au sucombat, unul prezintă o amiloidoză renală, iar unul nu a fost urmărit.

Mortalitate operatorie imediată nu am avut. Au sucombat tardiv 10 cazuri (5%) între 2—6 luni, cel

mai mulți prin evoluția fatală a bolii (forme grave evolutive), sau prin complicații.

Am executat operația lui Jacobaeus pe ambii plămâni la 13 bolnavi, obținând 11 rezultate bune și două cazuri neinfluențate. Colapsul total la amândoi plămânii este cu mult mai bine suportat, decât pneumotoraxul intrapleural bilateral bîdat.

Concluzii

1. Operația lui Jacobaeus, ca adjuvant al pneumotoraxelor neeficace, produce dispariția leziunilor cavitare în 50—82% din cazuri, reducând totodată numărul de contagioși dintre bacilari și mortalitatea lor.

2. Întru cât este o metodă chirurgicală simplă care dă aceleași bune rezultate în mâna fiziologilor ca și a chirurgilor pulmonari, credem că, ar fi bine să se popularizeze cât mai mult în țara noastră, prin punerea la dispoziție de instrumentar necesar specialiștilor fiziologi, din instituțiile de tratament antituberculos.

RESUMÉ

L'opération de Jacobaeus

Les auteurs communiquent les premiers 200 cas de tuberculose pulmonaire, où ils ont exécuté l'intervention de Jacobaeus pendant les années 1933—42. Après une série de considerations techniques et cliniques ils arrivent aux conclusions suivantes:

1. L'opération de Jacobaeus, comme adjuvant du pneumothorax inefficace, produit la disparition, des lésions cavitaires dans 50—82% des cas, en réduisant en même temps le nombre des tuberculeux contagieux et leur mortalité.

2. C'est une méthode chirurgicale simple, qui donne les mêmes bons résultats dans les mains des médecins phisiologues comme dans celles des chirurgiens. Pour cette raison il est indiqué de la introduire dans la mesure la plus large possible dans les institutions de traitement antituberculeux de nos pays.

ZUSAMMENFASSUNG

Operation nach Jacobaeus

Die Autoren teilen die ersten 200 Fälle von Lungentuberkulose mit, bei denen nach Jacobaeus operiert wurde aus den Jahren 1933—42. Nach einer Reihe technischer und klinischer Bemerkungen in Verbindung mit diesen Fällen kommen sie zu folgenden Ergebnissen:

1. Die Operation nach Jacobaeus, als Hilfe bei unwirksamer Pneumothoraxbehandlung, führt das Verschwinden cavitärer Prozesse in 50—82% herbei indem sie gleichzeitig die Zahl der Bazillenträger und ihre Mortalität herabsetzt.

2. Sie ist eine einfache chirurgische Methode, die in der Hand des Phisiologen ebenso gute Resultate gibt wie in der des Chirurgen, und die infolge dessen in allen Tuberkuloseabteilungen unseres Landes bekannt sein sollte.

ABURI TĂMĂDUITORI

... Precursori tratamentului modern de înhalatie!

Glycirenan

reputat de decenii pentru profilaxia
și tratamentul

astmului bronșic, bronșitele, rinitei,
laringitei, tracheitei și sinusitelor.

Atmos-Gesellschaft Fritzsching & Co., Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, București III, Str. G-ral Eremia Grigorescu, 6.

B.ADES.



ULMARA „Gama“

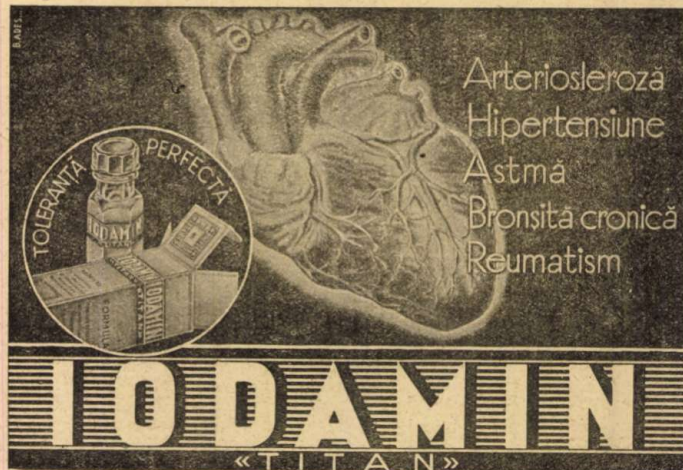
Frieșune lichidă

Antireumatic — Analgetic — Revulsiv



Antiartritic

Antireumatic



Fiole

Picături

Reprezentanța pentru România: „S. I. F.” s. a. r. București IV, Str. Avram Iancu 32

Accidentele strofantinoterapiei și cauzele lor

de

Dr. A. Moga și Dr. C. Meșianu

Înțilă de *Fraenkel* prin 1906, strofantinoterapia intravenoasă a înregistrat la început nu numai rezultate strălucite, ci și turburări grave, în câteva cazuri terminate mortal. Accidentele din acea vreme explică rezerva pe care o manifestă și astăzi unii medici, față de strofantină, pe care o aplică în doze prea mici pentru a putea fi într'adevăr eficace, sau o administrează numai pe cale bucală. Ori cu toată asemănarea de compoziție chimică, de acțiune farmaco-dinamică și terapeutică strofantina are, față de digitală, anumite calități care o fac indispensabilă în tratamentul insuficienței circulatorii.

Administreată pe cale intravenoasă strofantina are o acțiune extrem de rapidă, ceea ce o indică ca remediu suveran în tratamentul insuficienței circulatorii acute. Mărește mai mult și mai repede forța sistolică a mușchului cardiac, de aceea poate da rezultate bune în formele grave, avansate, ale insuficienței cardiace cronice, care nu mai reacționează la digitală. În cazurile acestea, după tratamentul cu strofantină, digitala poate deveni din nou eficace în baza fenomenului de reactivare a digitalei prin strofantină descris de *Vaquez*. Strofantina diminuează conductibilitatea în măsură mai mică decât digitala, ceea ce îi asigură un rol deosebit în tratamentul cardiopatiilor însoțite de turburări de conducere atrio-ventriculară.

Intru cât se distruge și se elimină mai repede din organism, pericolul acumulării medicamentoase este mult mai redus.

Este meritul lui *Fraenkel* și al lui *Vaquez* de a fi studiat nu numai acțiunea terapeutică ci și cauza accidentelor observate la începutul strofantinoterapiei intravenoase.

Fraenkel acuza dozele prea mari, de 1,0 mgr., strofantină, întrebunțate mai demult și recomandă ca doză eficace 0,5 mgr K-strofantină. Dozele mai mici, 0,20—0,30 mgr, le indică în tratamentul unor afecțiuni care s'au arătat *ipersensibile* față de acest medicament, cum ar fi stenozele mitrale cu atrul stâng foarte dilatat, scleroza coronariană, nefrita cronică și turburările de ritm, în special cele de conducere atrio-ventriculare.

La rândul său *Vaquez* încredința, în primul rând, toxicitatea diverselor preparate de strofantină, care varia după planta din care erau extrase, după modul de preparare, etc. Cea mai puțin toxică și mai stabilă, în același timp, ar fi ouabalna extrasă de *Arnaud* din strofantus gratus.

Cu privire la doză profesorul *Vaquez* amintește că mai de mult nu se ținea seamă de faptul că inter-

valul dintre doza toxică și cea ineficăce — „zona manlabilă” a strofantinei — este foarte mic. El preconizează 0,25 mgr. ouabalnă ca doză utilă, care în insuficiența circulatorie acută se poate repeta la 12—24 ore, în formele cronice tot la 24—48 ore.

Făcând deosebire între indicațiunile majore și minore *Vaquez*, susține că ouabalna poate fi administrată în toate formele de insuficiență cardiacă indiferent de afecțiunea care le provoacă. „Prea puțin importă afecțiunea primitivă, sindromul este acela care comandă medicația”. O singură afecțiune, endocardita infecțioasă este refractară la ouabalnă, ca la orice tratament de altfel. Medicațiunea cu ouabalnă nu ar avea însă contraindicațiunile proprii zise.

Constatările făcute de *Fraenkel* și de *Vaquez*, cercetările clinice și de laborator făcute aproape în același timp de profesorul *Danielopolu* și de alți autori, au dus încetul cu încetul la încetățenirea strofantinoterapiei intravenoase nu numai în clinică ci și în practica curentă. Cu timpul domeniul indicațiunilor ei a fost lărgit.

Astfel *Edens*, recomandă strofantinoterapia în afecțiunile și în turburări cardiace care altădată erau considerate „ipersensibile” față de strofantină sau o contraindicau chiar (angina de piept și în special tromboza coronariană, turburările de ritm).

Observații clinice îndelungate dovedesc într'adevăr că dacă se ține seamă de calitatea preparatelor de strofantină, de dozele și ritmul de injecții indicate mai sus, se poate afirma că pericolele metodelor au fost înlăturate. *Vaquez*, *Lutembacher*, *Fraenkel* susțin că în aceste condițiuni n'au mai avut ocazie să observe turburări mai grave după injecții de strofantină sau ouabalnă. În special cazuri mortale nu au fost publicate nici în Franța nici în Germania de când s'a renunțat la dozele mari (*Fraenkel*).

În Clinicile Facultății noastre strofantinoterapia a fost aplicată pe o scară foarte întinsă, în deosebi în ultimii 15 ani. Noi am întrebunțat aproape în aceeași măsură atât ouabalna *Arnaud* cât și K-strofantina *Boehringer* în dozele indicate de *Vaquez*. La bolnavii digitalizați am respectat prescripția clasică și am intercalat o pauză de 4 zile înainte de a începe tratamentul cu strofantină, deși unii autori socotesc inutilă această precauție.

Aproape întotdeauna ne-am folosit de asociația medicamentoasă strofantină (ouabalnă)-glucoză-eufilină. Pe lângă o tehnică intravenoasă corectă nu am avut

ocazie niciodată să observăm accidente, nici chiar turburări mai ușoare.

A fost cu atât mai surprinzător pentru noi faptul, că în ultimul timp ne-a fost dat să vedem o serie de accidente grave care au survenit la scurt timp după administrarea unor injecții cu strofantină la cardiaci decompensați.

Cazurile observate de noi sunt în număr de 5. Întâmplarea a făcut să ajungă în același timp în trata-

Viteza de sedimentare a ematiilor (V.S.H.) = 11–27 (după o oră și după două ore).

Având în vedere frecvența pulsului și faptul că tratamentul făcut înainte cu digitală nu a dat rezultat, se începe un tratament cu strofantină în glucoză.

După prima injecție de 1/8 mgr. Kombetin frecvența pulsului scade la 52 pe minut, pacienta are greață, o stare de astenie, adinamie, ușoară dispnee, dureri precordiale cu iradiere în spate și în umărul stâng.

A doua zi, 4/III 1943, după aceeași doză apar aceleași fenomene de intensitate mai mică. Electrocardiograma: ritm sinusal,

P-R = 0,25 sec. P II de amplitudine mică, formă variabilă, P III bifazic. Rare extrasistole ventriculare (fig. 1).

A treia zi, 5/III 1943, se administrează doza de 1/4 mgr. strofantină. La o jumătate oră după injecție, bolnava are greață puternică, vărsături repetate.

Se constată o bradicardie de 34 pe minut, iar după câteva minute o tahicardie de 160 pe minut, pulsul fiind abea perceptibil, filiform. În același timp o stare de slăbiciune pronunțată, cefalee occipitală, dureri precordiale pronunțate. Starea generală este gravă. Se administrează inj. cardiazol și atropină; după câteva minute turburările încep să dispară.

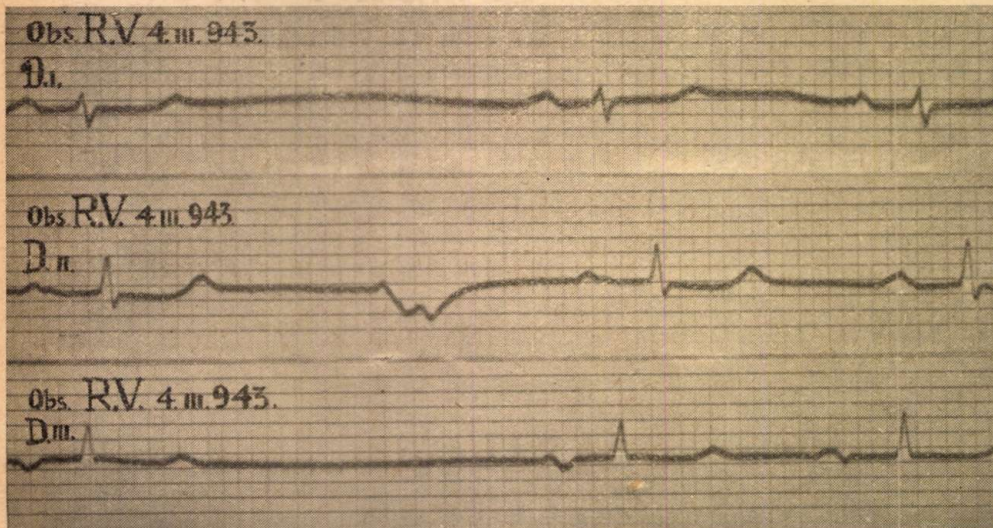


FIG. 1

mentul nostru particular încă două paciente, la care un coleg din Bncurești a observat aceleași turburări în cursul tratamentului cu strofantină.

Am socotit că nu este lipsit de interes să descriem aici observațiile noastre și să discutăm apoi cauza și mecanismul accidentelor pe care le-am observat.

Observația Nr. 1. — R. Victoria 28 ani. Examenul clinic: Boală mitrală, miocardită cronică, fenomene de insuficiență circulatorie: dispnee, palpitații, stază hepatică moderată, albuminurie ușoară. Nu are simptome de miocardită. Amigdalită cronică crptică cazeoasă. Tens. Art. 11–7 (V. L.).

Ort cardiograma: configurație mitro-aortică. Diametre mărite.

Electrocardiograma: ritm sinusal, regulat, frecvența 66 pe minut. Foarte ușoară atipie ventriculară. P. mitral.

La începutul crizei T. A. = 15½ — 8½ (V. L.), diureza 150 cmc. în 24 ore.

După 6 ore se poate face o electrocardiogramă. Pe un traseu lung alternează:

- a) faze de ritm nodal (unda P negativă, situată când înainte când după Q. R. S., alteori se confundă cu complexul ventricular);
- b) contracțiuni sinusale izolate cu P-R alungit (bloc simplu);
- c) faze de disociație izoritmă (fig. 2 și fig. 3).

Se intrerupe tratamentul cu strofantină. Diureza crește la 400 cmc., pulsul și electrocardiograma revine la starea anterioară.

După 3 zile pauză, se continuă tratamentul cu inj. Kombetin 1/8 mgr. tot a doua zi. Diureza crește la 1500 cmc, dispneea, staza hepatică diminuează, pulsul se menține la 60–70 pe minut. Modificările electrocardiografice durează mai multe zile (fig. 4).

După 2 luni pacienta se simte bine pe lângă un tratament pur igienico-dietetic și după eliminarea focarului de infecție amigdalian.

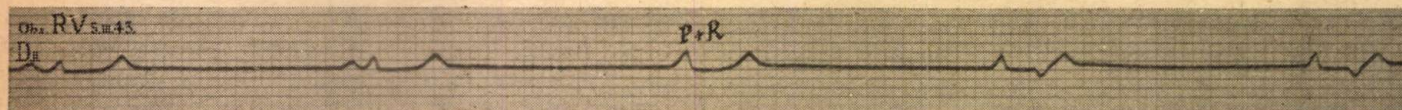


FIG. 2

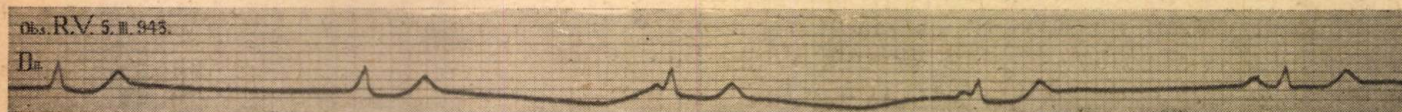


FIG. 3

La controlul electrocardiografic făcut (26/V 1943) se constată același aspect ca și la internarea în clinică (fig. 5).

Observația Nr. 2. — P. Gheorghe 28 ani. Examenul clinic: *Boală mitrală, insuficiență aortică, insuficiență circulatorie cronică progresivă.* Stază pulmonară, hepatică și renală. T. A. = 13-3½ (V. L.).

Nu sunt simptome de leziune activă.

În antecedente reumatism poliarticular acut la 22 și 26 ani.

În ultimul timp tratamentul cu digitală nu a mai dat rezultat

Examen radiologic: Inima de configurație mitro-aortică, mult mărită în ambele sensuri.

Electrocardiograma: Tahicardie sinusală, frecvența 104 pe minut, intervalul P-R = 0,12 sec., denivelarea segmentului S-T. II—III, T. II—III, aproape izoelectric, de amplitudine foarte mică.

Viteza de sedimentare a hematiilor = 2-5. Ureea = 0,37 gr. o/100.

Tratament: de 4-5 zile nu a mai urmat nici un tratament.

Se începe tratamentul cu strofantină 1/8 mgr. și glucoză

La o oră, după administrarea injecției, pulsul este 80-90 pe minut, bolnavul prezintă dureri în epigastriu, greață, vărsături repetate, senzație de slăbiciune, senzație de rău general, amețeală, dispnee pronunțată. Se administrează inj. cardiazol + 1/4 dilauid; fenomenele subiective diminuează în intensitate (bolnavul nu mai varsă).

După 2 ore reapar vărsăturile însoțite de aceleași fenomene, de data aceasta mai pronunțate (dispneea mult accentuată, obligând bolnavul, să stea în ortopnee). Se administrează din nou inj. cardiazol + 1 mgr. atropină intravenos, după care dispneea scade puțin, senzația de greață și vărsăturile diminuează, dar după 6-7 ore dispneea se pronunță brusc și în câteva minute bolnavul sucombă.

Observația Nr. 3. — D-na I. V., 44 ani. Examenul clinic: *Boală mitrală.* De 3-4 ani prezintă fenomene de insuficiență cardiacă ușoară și *dureri reumatice.* În prezent are ficatul și splina mărite (evoluție spre ciroză cardiacă). Pulsul regulat, frecvența oscilează între 60-70 pe minut. T. A. = 12-8 (V. L.). Afecțiunea valvulară clinic este stabilizată.

Ortocardiograma: Inima prezintă configurație de boală mitrală. Diametrele ventriculului stâng normale, atriul stâng și ventriculul drept dilatate.

Electrocardiograma: Ritm sinusal regulat, frecvența 64 pe minut. P mitral. Intervalul P-R = 0,15 sec. QRS normal, segmentul S-T I—III sub linia izo-electrică, T I—III de amplitudine mică.

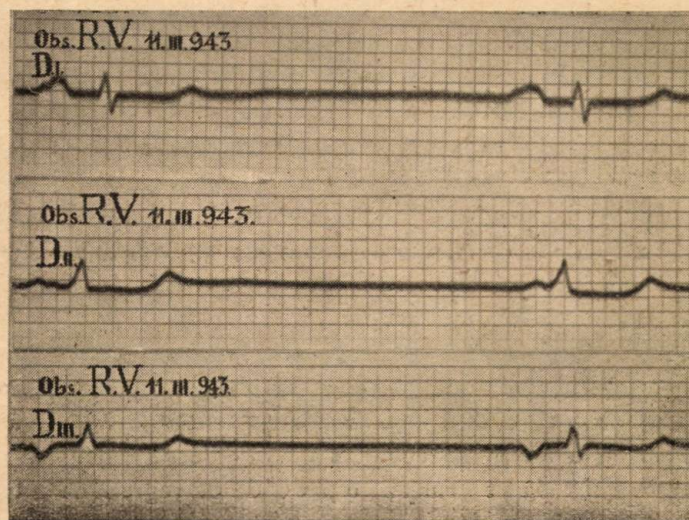


FIG. 4

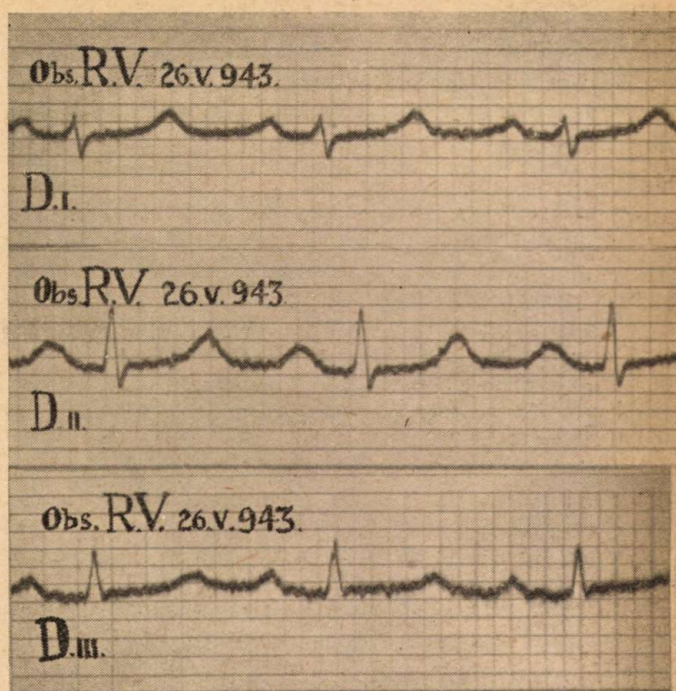


FIG. 5

Tratament: În luna Februarie urmează la București o cură cu verodigen, în timpul căreia a prezentat vărsături și manifestațiuni cardiace subiective. Într'un consult medical se decide întreruperea acestui tratament și după o pauză de 6 zile începe un tratament cu strofantină, glucoză și eufilină.

Primele 2 inj. de câte 1/8 mgr. strofantină au fost bine tolerate.

A 3-a zi se trece la doza de 1/4 mgr. strofantină. După informațiunile primite atât de la pacientă cât și de la medicul curant, după aproximativ 1-2 ore, bolnava prezintă: respirație din ce în ce mai grea, dureri precordiale, greață, vărsături, o stare de slăbiciune, adinamie, cianoză, puls abia perceptibil, frecvența 32 pe minut. Tensiunea arterială scăzută (Mx. = 8½-9). După ce se administrează diferite analeptice, frecvența pulsului crește încetul cu încetul la 42 pe minut, celelalte simptome se mențin vreo 2-3 ore. Starea generală de slăbiciune, greața, persistă încă 2 zile. După aceea bolnava a prezentat dureri de cap și urticarie pe abdomen și extremități.

După afirmațiile pacientei înainte cu un an s'a mai încercat o cură cu strofantină de către un alt medic. Nu a putut face însă decât 2 injecții pentru că au apărut o serie de turburări dintre care nu-și amintește decât faptul că avea dureri în tot corpul.

În prezent pacienta e în tratamentul nostru și urmează o cură cu digitală pe care o tolerează bine.

Observația Nr. 4. — D-na V. (București) 45 ani. Examenul clinic: *Boală mitrală, nefrită cronică,* stază pulmonară și hepatică pronunțată, edeme la membrele inferioare. Anemie. Afebrilă. Simptomele de insuficiență cardiacă datează de 2-3 ani.

Fiind tratată la domiciliu nu i s'a putut face examinări de laborator.

Prima doză de 1/8 mgr. strofantină cu glucoză și eufilină este bine suportată.

A doua zi se mărește doza la 1/4 mgr. strofantină cu glucoză și eufilină. După 15-20 minute bolnava prezintă greață și vărsături, apoi senzație de sufocare, buzele se cianozează, are dureri de cap, senzație de slăbiciune, frisoane (fără febră) și ușoară bradicardie (46-48 pe minut). După 1½-2 ore fenomenele se atenuiază.

După a 3-a inj. de 1/4 mgr. strofantină cu glucoză și eufilină apar aceleași turburări.

A 4-a zi se elimină din tratament eufilina, iar a 5-a zi glucoza, doza de strofantină rămânând aceeași (1/4 mgr.).

Cu toate acestea turburările reapar cu o intensitate ceva mai mare, apar în plus dureri precordiale cu iradiieri în membrul superior stâng. Din acest motiv tratamentul se suspendă.

Observațiunea Nr. 5. — Ch. Nicolae, 21 ani. Reumatism poliarticular acut la 15 ani. După un an apar primele simptome cardiace. În ultimii trei ani a prezentat în repetate rânduri hemoptizii, hemipareză trecătoare.

După câteva luni apar simptome de insuficiență circulatorie gravă, care în ultimul timp nu mai cedează la digitală.

Examenul clinic: *Boala mitrală cu predominanța stenozei*. Stază hepatică și pulmonară pronunțată. Pulsul 96 pe minut, regulat. T. A. = 11 1/2—7 (V. L.). Afebril.

Radiologic: Atriul stâng și ventriculul stâng mărite.

Fiind internat în clinică i se începe tratament cu strofantină.

Prima injecție (14 IV 1943) de 1/8 mgr. și a doua (15 IV 1943) de 1/4 mgr. strofantină sunt bine tolerate.

În 16 IV 1943, se administrează 1/2 mgr. strofantină, după care prezintă o senzație de slăbiciune și o stare de indispoziție generală.

A 4-a zi, după aceeași doză, la o oră, bolnavul se simte rău, are amețeli, simte că inima îi bate mai rar și neregulat. Medicul de serviciu constată o tendință spre bradicardie (66 pe minut).

După o pauză de 48 ore (19 IV 1943) primește din nou doza inițială de 1/8 mgr. strofantină după care turburările reapar.

În 20 IV 1943 se administrează tot 1/8 mgr. strofantină (după ce primise până în prezent în decurs de 6 zile 1,5 mgr. strofantină). După o oră prezintă turburări grave, senzație de slăbiciune, epuizare, sfârșeală, greață, vărsături bilioase incoercibile, palpitații (bătăi rari și neregulate), dispnee.

Starea de slăbiciune era atât de pronunțată încât bolnavul nu era capabil să-și ridice nici mâinile. După 6 ore electrocardiografic se constată:

Ritm sinusal regulat, frecvența 62—64 pe minut, P-R alungit — 0,28 secunde, — segmentul S-T mult deplasat în jos, T bifazic (în toate trei derivațiile).

Se suprimă strofantinoterapia și se face un tratament simptomatic. Turburările acestea au durat 3 zile. În ultimele 4 zile diureza a scăzut de la 800 cc. la 150 cc în 24 ore, iar frecvența pulsului de la 94—96, la 46 pe minut. După încetarea tratamentului cu strofantină, diureza, frecvența pulsului, starea generală, fenomenele de insuficiență circulatorie se ameliorează progresiv în decurs de o săptămână, fără nici un cardiotonic (diureza se ridică la 1100 cc. în 24 ore, iar frecvența pulsului 94—100 pe minut).

Observația Nr. 6. — A. Ana, 44 ani. Examenul clinic: *Sindrom miocardic cronic cu aritmie completă, insuficiență mitrală*. Puls 120—130 pe minut. Insuficiență circulatorie cu stază hepatică, pulmonară și edeme la membrele inferioare. T. A. = 19 1/2—12 (V. L.). Examenul urinei negativ. Densitatea = 1027.

În antecedente, reumatism poliarticular acut, la 25 ani.

Ortocardiograma: Inima global mărită, fără configurație caracteristică. Aorta dilatată (3,5 cm.).

Electrocardiograma: Tahiaritmie prin fibrilație atrială. Aritmie ventriculară pronunțată.

A 4-a zi de la internarea în clinică (deoarece nu cunoșteam tratamentul făcut înainte) se administrează prima injecție de miokombin (1/4 mgr.); frecvența pulsului scade la 64 pe minut.

Injecția 2-a și 3-a (de câte 1/2 mgr. fiecare, făcute zilnic) sunt bine tolerate.

După a 4-a injecție miokombin (1/2 mgr.), la 2—3 ore, apar dureri în etajul superior abdominal, greață, vărsături, senzație de slăbiciune, transpirații reci, pulsul 54 pe minut. Această stare durează 2—3 ore apoi se atenuază progresiv.

Deoarece la început am atribuit aceste simptome unei afecțiuni veziculare, am continuat tratamentul zilnic cu 1/2 mgr. strofantină intramuscular (miokombin), timp de încă 3 zile. De fiecare dată au apărut aceleași fenomene.

După sistarea tratamentului bolnava nu a mai avut asemenea turburări. Menționăm însă că cu toate aceste turburări, insuficiența circulatorie s'a ameliorat în mod simțitor.

Observația Nr. 7. — D-na A., 50 ani. Examenul clinic: *Scleroză renală hipertensivă* (T. A. = 24—16 V. L.). Simptome de insuficiență circulatorie gravă. Aritmie completă, frecvența pulsului 88 pe minut.

Starea bolnavei fiind gravă nu s'a putut face examenul radiologic, nici electrocardiograma.

Urina: Cantitatea 500 cmc. în 24 ore. Densitatea = 1012. Albuminurie ad fundum petens; în sediment 4—5 hematii pe câmp.

În prima zi de tratament, se administrează 1/8 mgr. strofantină, după 1 1/2 oră are o senzație trecătoare de astenie, dispnee, dureri precordiale, greață și vărsături.

În ziua a 2-a și a 3-a primește dimineața și seara câte 1/8 mgr. strofantină și se prezintă aceleași turburări. Cu toate acestea diureza crește până la 1500 cc., edemele diminuează, ficatul începe să scadă. A 4-a zi după aceeași doză mică, de 1/8 mgr. strofantină, bolnava prezintă la 1 1/2—2 ore aceeași reacțiune de o intensitate mai mare, frecvența pulsului scade în mod rapid, de la 80—90, la 46—48 pe minut, bolnava cade într-o stare de inconștiență și sucombă după 1/2 oră.

Simptomele observate în cazurile noastre se pot clasa în simptome cardiace, extracardiace și generale.

Dintre *simptomele cardiace* mai des am constatat o încetinire mai mult sau mai puțin constantă a ritmului cardiac. În cazurile Nr. I și III, bradicardia a atins o frecvență de 32—34 pe minut, în celelalte cazuri bradicardia a fost mai ușoară, de 46—54 pe minut. În observația Nr. I după o scurtă fază de bradicardie, ritmul cardiac a trecut într-o tahicardie pronunțată (160 pe minut).

Într'un caz (Obs. Nr. I) am avut posibilitatea de a înregistra electrocardiogramă în serie. Modificările constatate se caracterizează printr-o *mare variabilitate* a ritmului cardiac.

Primul aspect observat este caracterizat prin: a) diminuarea de amplitudine și de formă a undei P (aspect bifid); b) alungirea intervalului P—R; c) apariția unor extrasistole ventriculare sporadice; d) segmentul S—T se deplasează ușor sub linia izoelectrică, iar unda T diminuată ca amplitudine.

Într-o fază următoare, ritmul sinusal este înlocuit printr'un ritm nodal cu punct de plecare variabil, alteori se observă o disociație izoritmică trecătoare. Din când în când apare un complex de origine sinusală.

În sfârșit urmează o perioadă de regresune a turburărilor, când re apare ritmul sinusal cu ușoare turburări de conductibilitate și P. turtit, bifid.

GONOPNEUMOCID

SULFAPYRIDIN HOMBURG

SPECIFIC CONTRA INFECȚIUNILOR

G O N O C O C I C E

cu efect sigur în:

D I S E N T E R I E

P N E U M O N I E

M E N I N G I T Ă

Erisipel, infecțiuni colibacilare ale căilor urinare etc.

AMBALAJE
ORIGINALE:



Tub cu 20 tabl. a 0,5 g
flac. cu 250 tabl. a 0,5 g.

Chemiewerk

Homburg
FRANKFURT A. M.

Aktiengesellschaft

DEP.: PHARMAG S. A., BRAȘOV

BIROU DE PROPAGANDĂ, BUCUREȘTI, STRADA BANULUI, 3 BIS

Acitetramin

tablete

Hidrofosfat de hexametilentetramin

Desinfectant urinar și biliar

Antiseptic

Bellafit

Fiole injectabile, soluție și tablete

Antispasmodic energic,

**conținând totalitatea alcaloizilor izolați din rădăcina
de belladonna**

Acitophosan

pentru combaterea gripei și răcelii

2—8 tablete pe zi

FABRICA DE PRODUSE CHIMICE

GEDEON RICHTER S. A.

București V, Strada Logofătul Tăut Nr. 99

Telefon 5 69.02

Asemenea turburări de ritm s'au observat în cazuri de intoxicație cu digitală (*Scherf, Tomaszewski și Liapa*). Noi le-am observat împreună cu *Josan* într'un caz de intoxicație cu fol de oleandru. Prin urmare sunt aritmii care pot fi cauzate de orice glicozid digitalic (digitală, oleandru, strofantină).

Trebue să subliniem *modificările morfologice* ale undei P, cărora în general nu li s'a dat destulă atenție.

Le-a descris în legătură cu intoxicația digitalică *Fischer, Routier, Tomaszewski și Liapa*. Le-am observat și noi la bolnava intoxicată cu fol de oleandru; nu le-am găsit descrise după injecții de strofantină.

Din aspectul electrocardiogramei noastre rezultă că variabilitatea formei undei P, se explică uneori prin turburări de conducere intraatrială (P. turtit și bifid), alteori prin punctul de plecare variabil al excitațiilor.

Din motive ușor de înțeles, nu am putut examina electrocardiografic toate cazurile noastre.

Știm însă, în special din cercetările profesorului *Danielopolu*, că strofantinele pot încetini ritmul sinusal, precum pot accentua turburări latente de conducere atrio-ventriculare. Această acțiune însă este mult mai slabă față de a digitalei, în schimb este mult mai pronunțată acțiunea de exaltare a excitabilității centrilor heterotropi. Acțiunea batmotropă pozitivă produce extrasistole și tahicardie.

După cum am văzut, în majoritatea observațiilor noastre a dominat efectul de încetinire a ritmului cardiac. De altfel și în alte cazuri pe care nu le-am încadrat aici, pentru că n'a fost vorba de accidente grave, am observat mai des decât altădată, fie bradicardii simple, fie turburări de conducere (blocaj simplu, bloc Wenckebach, bloc parțial).

Pulsul este în general slab bătut, uneori cu caracter filiform. Tensiunea arterială a fost controlată în două cazuri. La o bolnavă, între primele simptome s'a observat o creștere a tensiunii arteriale de la 11—7 (V. L.) la 15½—8½ (V. L.). Este un fenomen pe care l-a descris recent *Edens* ca o manifestare neobișnuită

a injecțiilor de strofantină. În schimb într'un alt caz tensiunea maximă în timpul accidentelor a scăzut de la 12 la 8½, iar minima nici nu s'a putut determina.

Fenomenele de insuficiență cardiacă au avut o comportare variabilă de la caz la caz. În câteva cazuri dispneea, staza hepatică, oliguria sau accentuat. Este „efectul inversat” descris de *Danielopolu*. Nu am observat însă fenomene de insuficiență cardiacă acută (edem pulmonar). La o bolnavă accidente au apărut cu totul pe neașteptate după ce primele 3 injecții de strofantină au dus la o ameliorare clinică.

Două bolnave au prezentat dureri precordiale iradiante în membrul superior stâng, cu caracter de angină pectorală (spasm coronarian?).

Dintre *simptomele extracardice* greața și vărsăturile au fost constatate și de cele mai multe ori foarte chinătoare.

Toți pacienții s'au plâns de o *stare generală rea*, de slăbiciune, de sfârșeală, epuizare, etc. Unul dintre ei se simțea atât de slăbit încât nici nu-și putea ridica mâinile. Impresia medicului observator era aceea a unei stări de colaps.

Ca evoluție, turburările au apărut în general la 1—1½ ore, într'un singur caz la 15—20 minute după injecție. Starea generală gravă se menține aproximativ 1—4 ore. Până la dispariția completă a turburărilor au fost necesare uneori 2—3 zile. În două cazuri accidente s'au terminat prin moarte.

Moartea nu putea fi atribuită unei simple coincidențe, dovada o constituie turburările cardiace și extracardice care au precedat-o.

Tabloul clinic pe care l-am descris, este aproape identic cu acela care se observă după doze toxice de digitală sau strofantină, în experiențele pe animale sau în intoxicațiile accidentale. Dacă mai avem în vedere apariția lor promptă după injecțiile de strofantină, dispariția lor după încetarea tratamentului, suntem obligați să le atribuim strofantinoterapiei intravenoase.

Nr. obs	Numele Pronumele Vârsta	Diagnosticul	Data	Tratamentul	Puls	Diureza	Rezultate terapeutice și efecte toxice
I.	R. Victoria 27 ani	Boală mitrală. Miocardită. Insuficiență circulatorie	3/III-943	Kombetin 1/8 mlgr.	68		Turburări ușoare
			4/III	Kombetin 1/8 mlgr.	52	400 cm. ³	"
			5/III	Kombetin 1/4 mlgr.	34 la ½ oră dela inj. 16'0 apoi din nou 34	150 cm. ³	Turburări grave
			6/III	—	56	400 cm. ³	
			7/III	—	58—60	400 cm. ³	

Nr. obs.	Numele Pronumele Vârsta	Diagnosticul	Data	Tratamentul	Puls	Diureza	Rezultate terapeutice și efecte toxice
I.			8/III	—	60	600 cm. ³	Nu se observă efecte toxice " " Fenom. de ins. circ cedează mult Părăsește clinica ameliorată
			9/III	Kombetin 1/8 mlgr.	68	1000 cm. ³	
			10/III	Kombetin 1/8 mlgr.	58	1100 cm. ³	
			11/III	—	58	1500 cm. ³	
			12/III	—	58—60	600 cm. ³	
			13/III	—			
II.	P. Gheorghe 29 ani	Boală mitrală. Insuf. aortică. Insuf. circulatorie.	21/IV-943	—	104		Turburări grave terminate prin moartea pacientului
			22/IV	Kombetin 1/8 mlgr.	80—90		
III.	D-na I V. 44 ani	Boală mitrală. Insuficiență circulatorie.	25/II-943	Kombetin 1/8 mlgr.	80—90		Turburări grave Urticarie T A mx = 8½ — 9 (V. L.)
			26/II	Kombetin 1/8 mlgr.	74—76		
			27/II	Kombetin 1/4 mlgr.	32		
IV.	D-na V. București 54 ani	Boală mitrală. Nefrită cr. Insuficiență circulatorie.	20/XI-942	Kombetin 1/8 mlgr. + Glucoză + Eufilnă	86—88		Turburări ușoare Turburări subiective și obiective " "
			21/XI	Kombetin 1/8 mlgr. + Gl. + Euf.	80 după 20' 46—48		
			22/XI	Kombetin 1/4 mlgr. + Gl. + Euf.			
			23/XI	"			
			24/XI	"			
V.	Ch. Nicolae 21 ani	Boală mitrală cu predominența stenozei. Insuficiență circulatorie.	14/IV 1943	Kombetin 1/8 mlgr. + Gl. + Euf.	94	700 cm. ³	Ușoară dispnee Ușoară indispoziție, slăbiciune Turburări subiective și obiective ușoare Aceleași fenomene neplăcute Turburări subiective și obiective pronunțate Fenom. de insuficiență circulatorie se mențin
			15/IV	Kombetin 1/4 mlgr. + Gl. + Euf.	90	800 cm. ³	
			16/IV	Kombetin 1/2 mlgr. + Gl. + Euf.	92	800 cm. ³	
			17/IV	"	80	900 cm. ³	
			18/IV	—	64	500 cm. ³	
			19/IV	Kombetin 1/8 mlgr. + Gl. + Euf.	60	500 cm. ³	
			20/IV	"	50	300 cm. ³	
			21/IV	Glucoză	46	200 cm. ³	
			22/IV	"	60	200 cm. ³	
			23/IV	"	70	250 cm. ³	
			24/IV	"	78	350 cm. ³	
			25-27/IV	"	78		
			28/IV	"	84	1000 cm. ³	

Nr. obs.	Numele Pronumele Vârsta	Diagnosticul	Data	Tratamentul	Puls	Diureza	Rezultate terapeutice și efecte toxice
VI	A. Ana 44 ani	Sindrom mio- cardic cr.	15/IV-943	—	120	400 cm. ³	
		Aritmie completă.	16/IV	Miokombin 1/4 mlg.	106	500 cm. ³	
		Insuf. mitrală.	17/IV	Miokombin 1/2 mlg.	64	400 cm. ³	
		Ipertensiune arterială.	18/IV	"	72	400 cm. ³	
		Insuficiență circulatorie.	19/IV	"	54	600 cm. ³	Turburări sub. și obiective
			20/IV	"	64	700 cm. ³	"
			21/IV	"	60	700 cm. ³	Insuf. circ. diminuează
			22/IV	"	50	600 cm. ³	Turburări accentuate
			23/IV	"	72	700 cm. ³	
VIII.	D-na Aurora 50 ani	Miocardită cr.	27/XI-942	Kombetin 1/8 mlg.	88	500 cm. ³	Turburări sub. și obiective
		Aritmie completă.	28/XI	Kombetin 2x 1/8 mlg	88	1500 cm. ³	"
		Scleroză renală ipertensivă.	29/XI	Kombetin 1/8 mlg.	86	1100 cm. ³	" Insuf. se reduce
		Insuficiență circulatorie.	30/XI	Kombetin 1/8 mlg.	după 2 ore 32		Turburări grave, moarte

O simplă privire asupra tabloului care rezumă observațiunile noastre este suficientă pentru a constata că accidentele nu au fost determinate nici de *dozele* întrebunțate nici de o *acumulare medicamentoasă*. Noi am lucrat în general cu doze mici și mijlocii. Singurul raport cantitativ observat de noi, a fost acela, că în câteva cazuri (obs. 1) sau prezentat turburări ușoare după doze mici de 1/8 mgr. și accidente grave după dozele terapeutice obișnuite (1/4 mgr.). În general însă *nu putem stabili niciun paralelism între gravitatea turburărilor pe de o parte, dozaj și durata tratamentului pe de altă parte.*

Tocmai din acest motiv nu putem explica accidentele decât fie printr-o *ipersensibilitate* particulară a unor cardiopatii față de strofantină, fie prin calitatea preparatelor întrebunțate.

Pentru prima ipoteză ar pleda faptul că — cu o singură excepție — cazurile noastre au prezentat leziuni ale valvulelor mitrale. Această constatare ar confirma teza susținută de *Fraenkel* și de alți autori că, stenozele mitrale ar fi mai sensibile față de strofantină decât alte afecțiuni.

În realitate leziunea valvulelor mitrale nu poate fi făcută direct responsabilă de accidente, care au urmat injecțiilor de strofantină. Dacă strofantina ar accentua modificările hemo-dinamice provocate de stenoza mitrală, atunci tabloul clinic în cazurile noastre ar trebui să fie dominat de simptomele unei insuficiențe cardiace acute, cum este edemul pulmonar etc. Pe de

altă parte simptomele extracardice ar rămâne fără explicație.

Observațiunile clinice la patul bolnavului precum și experiențele făcute pe animale, de diverși autori ca *Baraige, Bauer, Fromherz*, etc., au dovedit că, în asemenea cazuri, cauza turburărilor trebuie căutată în *miocard*. După *Edens* leziunile anatomice, turburările de metabolism și de irigație sânghină dela nivelul miocardului crează condițiuni favorabile pentru apariția turburărilor cardiace, care apar după doze terapeutice de digitală, strofantină sau oricare alt glicozid digitalic. De exemplu: o turburare de conducere apărută în timpul tratamentului nu trebuie interpretată ca manifestarea unei intoxicații sau acumulări medicamentoase. Ea arată că la nivelul sistemului de conducere există o leziune locală, care îl face *mai sensibil* față de acțiunea medicamentelor. La fel se explică toate aritmii digitale.

Simptomele extracardice sunt consecința unui act reflex cu punct de plecare cardiac. În producerea lor *ipersensibilitatea* căilor nervoase și a centrilor respectivi ar juca, după *Edens*, un rol important.

"*Ipersensibilitatea* față de glicozidul digitalic nu este altceva decât aspectul particular al unei legi generale: fără *ipersensibilitate* dozele terapeutice nu pot avea vre-o acțiune clinică" (*Edens*).

Revenind la cazurile noastre, fiind vorba aproape exclusiv de leziuni ale valvulelor mitrale, este foarte probabil că leziunile miocardice active, asociate, au

jucat un rol important în declanșarea turburărilor. Asemenea leziuni însoțesc în mod aproape constant cardiopatiile valvulare de origine reumatismală, îndeosebi în faza de insuficiență circulatorie — și explică în mod satisfăcător turburările de ritm pe care le observăm în cursul tratamentului cu oricare glicosid digitalic.

Durata lungă a modificărilor morfologice ale electrocardiogramei și turburările ritmului cardiac nu pot fi atribuite numai strofantinei. Trebuie să admitem că au existat dinainte turburări miocardice latente datorite unei leziuni inflamatorii active, care au fost declanșate de injecțiile de strofantină și care au evoluat mai departe pe cont propriu.

Explicația totuși nu este satisfăcătoare pentru apariția în serie, a unor accidente atât de grave, cum au fost acelea observate de noi și de către colegul nostru din București.

Astfel de observații pun în discuție problema calității preparatelor, care se găsesc astăzi în comerț. Numărul cazurilor observate de noi este prea mic pentru a putea face o afirmație categorică într'un sens sau altul.

Am crezut însă că este de datoria noastră să atragem atențiunea cercurilor medicale asupra acestor accidente a căror frecvență mai mare ar putea fi datorită insuficienței industriei medicamentoase din timp de război.

Nicidecum nu am avut intenția să discredităm, o metodă atât de eficace cum este strofantinoterapia intravenoasă. De altfel după apariția acestor serii de accidente, am întrebunțat mai departe tratamentul cu strofantină atunci când era indicat, fără a mai observa turburări grave.

Recomandăm doar, ca medicii, în special în cardiopatiile reumatismale decompensate să fie atenți la micile turburări care pot apare după inj. de strofantină.

În cazurile în care apar astfel de turburări să administreze doza terapeutică utilă ($1/4$ mgr.) în două reprize de câte $1/8$ mgr., eventual să facă injecțiile tot a doua zi („tratamentul sacadat” indicat de Lutembacher).

Nu suntem pentru administrarea unor doze prea mici, sub $1/10$ mgr., care sunt ineficace.

Bibliografie

1. A. Fraenkel: Strophantintherapie, I. Springer 1933;
2. H. Vaquez: L'ouabaine Arnaud, Arch. Mal. coeur et vaisseaux, pag. 773—1935.
3. R. Lutembacher: Etude pharmaco-dynamique des médicaments cardiaques Roger-Widal: Nouveau Traité de médecine X-1.
4. Ernst Edens: Die Digitalisbehandlung. Urban u. Schwarzenberg, 1934.
5. Ernst Edens: Auf Nebenwirkungen der Digitalisglykoside als Überempfindlichkeit scheinungen. Schweiz. Med. Wsch. 1942-43.

CLINICA MEDICALĂ II CLUJ—SIBIU

Director: Prof. Dr. I. Goia

RESUMÉ

Les accidents de la strophantinothérapie et leurs pathogénies

A dernier temps, les auteurs ont eu l'occasion d'observer une série d'accidents, dont quelques uns graves, après injection intraveineuse et intra-musculaire de strophantine.

Les 7 cas étudiés par les auteurs ont présenté à côté des symptômes cardiaques et extra-cardiaques décrits dans les traités classiques:

a) des modifications complexes et variables du rythme cardiaque, consistant en des troubles simples de la conductibilité atrio-ventriculaire, des extra-systoles ventriculaires, du rythme nodal et de la dissociation iso-rythmique, dont la succession se refusait à toute description;

b) des modifications de la forme et de l'amplitude de l'onde P, identiques à celles décrites par Scherff dans l'intoxication digitale et par les auteurs dans l'intoxication avec des feuilles d'oléandre;

c) l'hypertension artérielle appréciable dans un cas et l'hypotension artérielle prononcée dans un autre.

Les accidents n'ont été en rapport ni avec les doses administrées, ni avec une accumulation médicamenteuse.

Leur apparition presque exclusive chez les cardiaques mitraux, prouve que, dans leur pathogénie, l'état d'hyper-sensibilité du cœur, dû aux lésions myocardiques, joue un rôle important.

La fréquence plus grande avec laquelle ces accidents surviennent ce dernier temps, met également en discussion la qualité des produits employés.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Unfälle der Strophantintherapie und ihre Ursachen

In letzter Zeit haben die Verfasser Gelegenheit gehabt eine Reihe von Unfällen, darunter einige ernsten Charakters, nach intravenöser oder der intramuskulärer Verabreichung von Strophantin zu beobachten.

Im Zusammenhang mit den 7 veröffentlichten Fällen, wurden ausser den bekannten typischen Herz und Allgemeinsymptomen auch:

a) gewisse komplizierte und veränderliche Störungen des Rhythmus welche aus einfachen Störungen der atrio-ventrikulären Leitung, ventriculäre extrasystolen, Nodalrhythmus und isorythmische Dissociation, im unregelmässiger Reihenfolge;

b) Form und Amplitudeänderungen der P. Zacke, welche identisch sind mit den von Scherff bei Digitalisvergiftung und von Verfassern bei Oleandervergiftungen beschriebenen Störungen;

c) in einem Falle starker Anstieg, in einem anderen ausgesprochene Senkung des Blutdruckes.

Die Unfälle waren weder mit den gebrauchten Dosen noch mit einer Aufspeicherung der Arznei im Zusammenhange.

Dass diese Störungen fast auftraten ausschliesslich bei Mitralkrankungen auftreten beweist dass bei ihrem Zustandekommen die von kleinen Herzscheidungen bestimmte Überempfindlichkeit des Herzens eine wichtige Rolle spielt.

Das gehäufte Auftreten dieser Störungen im letzter Zeit stellt auch die Frage der Qualität der gebrauchten Präparate zur Diskussion.



„In rezumat se poate constata că Paspap, pe baza amestecului său antigen polivalent, produce o desensibilizare nespecifică a organismului în Astma bronchială și în bronșitele astmaticilor.

Paspap este în măsură să înlocuiască, în majoritatea cazurilor, desensibilizarea specifică. La o selecțiune minuțioasă a cazurilor și observarea exactă a prescripțiilor de întrebuințare și de dozare, se obțin vindecări durabile, respectiv importante ameliorări.”

Dr. M. HERMANN „HIPPOKRATES”
1940. Heft 31.

PASPAT

pentru desensibilizare în

ASTMA BRONCHIALĂ

și

RHINITĂ VASOMOTORICĂ

la orice vârstă chiar și la copii.

Fiole pentru scarificațiuni

Literatură vă stă cu plăcere la dispoziție

LUITPOLD-WERK, MÜNCHEN

Depozit permanent al preparatelor Luitpold-Werk în România:

„DROGUERIA STANDARD” S. A. R.

București I — Str. Sf. Ionică, 8

ANEMOCIT

Injectii à 2 cmc.

Extract de ficat injectabil, bine desalbuminat și deimpoldat

Cuții cu 5 fiole à 2 cmc.

Anemii pernicioase, gravidice, convalescență.

ANEMOCIT FORTE

in fiole à 5 cmc.

Extract de ficat injectabil, bine desalbuminat și deimpoldat

Cuții cu 5 fiole à 2 cmc.

Anemii pernicioase, gravidice, convalescență.

ANEMOCIT DRAGELE

Flacon à 30 bucăți

Formula:

Principiu antianemic din ficat	0,03 gr.
Protoxalat de fier	0,05 "
Complex vitaminic B din drojdie	0,10 "
Extract de mucoasă stomachică	0,10 "
Excipient aromatizant	0,25 "
pe bucată.	

Anemii pernicioase, gravidice, convalescență.

CEREBROTONIN

Tonic reconstituant pe bază de glicerofosfați, extract de ficat și vitamina B.

Forma A cu arsen

Formula:

Glicerofosfați/Ca, Fe, Na și strichnină	3%
Vitamina B. extract concentrat	2%
Extract de ficat concentrat	1%
Gluconat de calciu	1%
Clorură de magneziu	0,5%
Formiat de sodiu	0,2%
Extract de cola	1%
Metilarsenat de sodiu	0,05%
Clorură de mangan	0,02%
Excipient aromatizant q. s. ad.	100 cmc.

Forma B fără arsen

Formula:

Glicerofosfați/Ca, Fe, Na și strichnină	3%
Vitamina B extract concentrat	2%
Extract de ficat concentrat	1%
Gluconat de calciu	1%
Clorură de magneziu	0,5%
Formiat de sodiu	0,2%
Extract de cola	1%
Clorură de mangan	0,02%
Excipient aromatizant q. s. ad.	100 cmc.

Stări de slăbiciune nervoasă, anemie, depresiune, neurastenii, surmenaj, convalescență.

Mostre și literatură:

„NEOFARM“ Laborator Chimico-Farmaceutic

București V, Calea Vitanului 11 — Telefon 5.73.46.

Considerațiuni clinice în legătură cu un caz de xeroderma pigmentosum

de

Dr. Emil I. Bologa

medic secundar

Raritatea acestei afecțiuni cutanate m'a determinat să public un caz de xerodermă pigmentosum, prezentat la consultațiile Spitalului de Boli Sociale din Brașov.

Înainte de a trece la expunerea cazului, voi face unele considerațiuni clinice de ordin general, în legătură cu această dermatoză atât de rară, a cărei etiologie și patogeneză după cum vom vedea din cele ce urmează, este departe de a fi lămurită.

Nomenclatura. Denumirea de xeroderma pigmentosum o datorim lui Kaposi, care în anul 1870 descrie primul caz. El considera această dermatoză ca o senilizare precoce a pielii. Bory propune numele de poikilodermie vasculară atrofiată malignă, Quinquaud aceea de maladie pigmentară epiteliomatoasă, Pick-Stein-White cad de acord asupra termenului de melanoză lenticulară progresivă, Crocker, o numește atrophoderma pigmentosum Taylor angiom pigmentar și artofic, Besnier epiteliomatoză pigmentară, Dühring parhment skin, Auspitz, liodermă essentielle, iar Vidal, dermatoza lui Kaposi.

Clasificare. În ceea ce privește clasificarea acestei dermatoze, Civatte o clasează în grupul dermatozelor precanceroase, împreună cu keratoze senilă și cu boala marinarilor (Unna), căreia Darier îi spune keratoză pre-senilă. Darier clasează xeroderma printre distrofiile cutanate. Kumer o clasează în clasa leziunilor cutanate de natură actinică, împreună cu hydroa vacciniformă, prurigo aestivalis, eccema solare (Viel) melanoza Riel și „Berlockdermatita” (Freund).

Xeroderma pigmentosum este o boală familială. Ea nu este moștenită direct. Împreună cu apariția ei găsim de obicei și alte tare ereditare ca surditate, mutism etc. După Kohn ereditatea în xerodermă este de tip mendelian recesiv. Boala se observă în toate țările și la toate rasele. Este o boală a primei copilării.

Etiologie. Etiologia este complet necunoscută. Au fost găsiți și incriminați ca factori etiologici de diferiți autori (fără a putea fi totuși dovediți) paraziți, micrococi diplococi, afecțiuni nervoase, etc. Factorul cel mai important rămâne desigur lumina. Mulți autori au reușit să provoace apariția leziunilor la acești bolnavi, expunându-le alte regiuni neatinse, la raze ultra violete, Finsen sau Roentgen. Gougerot crede ca factor cauzal

sifilisul ereditar. Kohn găsește consanguinitate a părinților în 17% a cazurilor.

Patogeneza. Kaposi vorbește despre o predispoziție la boală, modificările pe care le prezintă bolnavii fiind expresia unei „senilitas praecox cutis”.

În multe cazuri observăm o survenire familială, mai ales la mai mulți frați de acelaș sex deodată. Părinții celor bolnavi precum și descendenții lor direcți, sunt de obicei sănătoși. Ambele sexe sunt la fel de frecvent interesate.

Siemens și Kohn din 333 cazuri de xeroderma pigmentosum au găsit proporția de 149: 152 între bărbați și femei. În 4/5 din cazuri, boala debută în primii trei ani ai vieții. Totuși au fost descrise și debuturi tardive (de ex. la 30 ani), iar în cazul lui Dubois pacientul a trăit până la vârsta de 72 ani. Cazurile de xerodermă par a fi mai frecvente la evrei (poate pentru că la aceștia cazurile de consanguinitate a părinților sunt mai frecvente).

Rolul cel mai mare în patogeniza xerodermei pigmentosum îl are de sigur lumina. Unna și Neisser au fost primii, care au atras atenția asupra acestui fapt (pe care Kaposi nu îl cunoștea).

Rothmann enumeră următoarele simptome care pledează pentru originea actinică a xerodermei: 1. debutul după expunerea la soare, 2. asemănarea primelor simptome cu eritemul solar, 3. localizarea leziunilor pe părțile descoperite, 4. agravarea leziunilor după expunerea la soare (lumina), 5. acțiunea terapeutică a foto-protectoarelor și 6. frecvența boalei la țărani.

Kaposi admite totuși și posibilitatea apariției leziunilor pe părțile neexpuse soarelui.

Pentru Löwenbach în producerea xerodermei pigmentosum sunt necesari ambii factori: lumina și predispoziția.

Lucrările lui Heiner, Martenstein, Juon și alții, au arătat că pielea suferinzilor de xeroderma pigmentosum nu este hipersensibilă față de razele calorice și luminoase, Hipersensibilitatea lor se manifestă față de razele ultraviolete, raze alfa și raze Roentgen. Astfel unii autori (Freund, Oppenheim, etc.), au atras atenția asupra asemănării xerodermei cu radiodermitele.

Simptomatologie. Primele simptome fiind foarte benigne nu duc de obicei pe bolnav la medic. Aceste prime simptome sunt reprezentate printr'un ușor eritem

sau tumefacții discrete, consecutive expunerii la soare a copilului. Primele manifestațiuni pot fi însă reprezentate prin pigmențațiuni. Leziunile cele mai frecvente apar la nivelul feței, mâinilor și cefei.

Simptomele cardinale ale xerodermei pigmentosum sunt următoarele 4: ~ pigmențațiuni circumscrise, ~

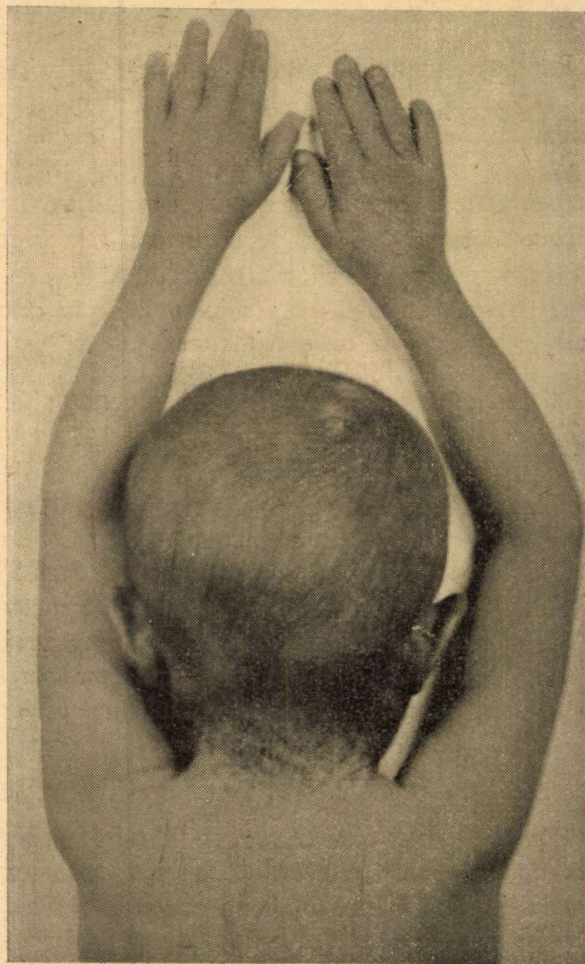


teleangiectazii (uneori mici angiome). ~ atrofie a pielii, și ~ fotofobie.

Toate aceste simptome dau bolnavului un aspect pestriț (Prof. Dr. Tătaru îl aseamănă cu un ou de curcă), asemănător unui senil. După mai multă vreme apar hiperkeratoze localizate, care în cele din urmă suferă transformări canceroase. Aceste cancere duc la mutilări și în cele din urmă bolnavul moare prin cașexie. Leziunile canceroase realizează mai ales tipul carcinomatos.

Afecțiunea poate debuta cu niște mici vezicule, care de cele mai multe ori sunt eczematoase. Aceste vezicule reapar însă în fiecare primăvară, durează toată vara, lăsând în urma lor niște pete de culoare brună (care seamănă foarte mult cu efelidele), și care persistă până ce puseul dispăre. Acestei prime perioade inflamatorii, îi urmează perioada efelidelor. După aceasta apar pete albe atrofice, care reprezintă sechele ale pe-

telor, veziculelor sau bulelor. Teleangiectaziile care apar și ele în acest timp amestecându-se printre celelalte simptome, iau uneori aspectul unor mici angiome (cazul nostru). Pielea devine din ce în ce mai subțire, lucioasă și retractată. Ectropionul este foarte frecvent și marginea liberă a nărilor este [de cele mai multe ori



retractată. În foarte rare cazuri sau observat pete și pe conjunctive. Fotofobia reprezintă un simptom foarte important și totdeauna prezent.

Clinic, boala poate fi împărțită în 3 perioade: 1. perioada eritemului, 2. perioada atrofiei, și 3. perioada cancerului.

Localizare. Leziunile se rezumă la față și celelalte regiuni descoperite (mâini, picioare și ceafă). Tumoriile apar sub forma de excrescențe verucoase, care sunt acoperite cu cruste, sub care se observă o ulcerare profundă, care nu este altceva decât un epiteliom bazocelular, în timp ce masele verucoase sunt epitelioame spinocelulare sau forme intermediare.

Ganglionii sunt de cele mai multe ori metastatici. Tabloul sanguin arată uneori o eosinofilie moderată (cazul nostru).

Anatomie patologică. În stadiul eritematos nimic caracteristic. Pigmențația se face cel mai intens în

stratul bazal. Melanoblaştii sunt deosebit de mari, numeroşi şi bogaţi în pigment. Examinarea unei pete pigmentare arată şi modificări vasculare în sensul unei lărgiri a acestora, ele fiind înconjurate de un infiltrat perivascular. În stadiul atrofic apar fenomene degenerative intense. Epidermul este subţiat în timp ce stratul cornos apare deseori hiperkeratozic.

Cele mai mari modificări le prezintă însă dermul, fenomenele degenerative interesând mai ales fibrele elastice şi colagene. Tumorile după cum am mai spus sunt de tip carcinomatos. Au mai fost observate sarcome, fibrome, angiome şi veruce. Ca diagnostic diferenţial amintim aci urticaria pigmentară şi naevii pigmentari.

Evoluţie. Xeroderma pigmentosum apare primăvara şi vara, ameliorându-se iarna. Boala debută în prima copilărie. După Kohn în 1/15 din cazuri boala apare după 25 ani. Durata afecţiunii nu poate fi fixată, dar moartea apare de obicei înainte de 15 ani. Au fost totuşi publicate cazuri, în care bolnavii de xerodermă au trăit până la vârsta de 60 ani.

Prognostic. Vindecarea imposibilă. Nu a fost publicat nici un caz în literatură, şi cercetările mele au consultat o destul de mare parte. Dacă boala survine la un copil, tumorile apar mai repede, în timp ce la cei la care boala debută după vârsta de 25 ani, ele pot să nu mai apară deloc.

Diagnostic diferenţial. În cazul xerodermei pigmentosum se impune diagnosticul diferenţial cu următoarele dermatoze: 1. radiodermite (în care anamneza ne clarifică); 2. sclerodermia (nu prezintă puseuri sezoniere, vârsta etc.); 3. efelidele simple (lipseşte celelalte simptome); 4. urticaria pigmentară; 5. hidroa vacciniformă (confuzia se face mai ales la începutul boalei), şi 6. pelagra (diagnostic facil).

Tratamentul. Fiind vorba despre o dermatoză actinică, tratamentul cel mai eficace îl constituie fotoprotecţia prin voaluri, pălării cu bord larg, sau alifii fotoprotectoare (mixturi cu chinină, soluţii de acid tanic, Zeozon, Ultrazeozon, antilux etc.). Au fost recomandate cremele antiactinice cu esculină şi bromhidrat sau clorhidrat de chinină. Tratamentul general este acela al tuturor celorlalte actinodermite (calciu, resorcină, opoterapie). Gougerot obţine rezultate, administrând Nicobion (PP) vitamină B₁, local hipermanganat de potasiu 1%. El administrează timp de 10 zile vitamina A şi D, 10 zile vitamină B şi C şi 10 zile Nicobion.

Pentru Torchi vitamina PP neavând nici o acţiune în xeroderma pigmentosum nu este vorba de o avitaminoză ca în pelagră.

Toate aceste tratamente sunt de altfel la fel de ineficace.

În cazul nostru este vorba despre un copil, C. Gh., de 5 ani, român, sătean, internat în serviciul nostru spitalicesc dela 14 Mai până la 29 Mai 1943, cu diagnosticul de *Xeroderma pigmentosum*.

Antecedente heredo-colaterale: Mama sănătoasă a suferit în copilărie de repetate amigdalite, neagă orice boală infecto-contagioasă sau venerică. În anul 1933 a avut un avort spontan în luna 6-a. Părinţii mamei decedaţi. A avut 11 fraţi, dintre care unul a decedat suferind de tuberculoză, altul de meningită.

Tatăl neagă orice boală infecto-contagioasă sau venerică. În 1919 a avut o eczemă, care a recidivat de câteva ori în cursul anilor următori. Părinţii tatălui decedaţi (?). A avut 18 fraţi, (dintre care 14 decedaţi în anul 1 şi 2 de copilărie).

Este interesant de observat în acest caz numărul mare de copii în familia părinţilor, deci numărul mare de fraţi al părinţilor. Bolnavul are 7 fraţi, toţi absolut sănătoşi.

Antecedente personale: Copilul este născut la termen, având greutatea normală. A fost alăptat la sân şi a fost absolut sănătos până la vârsta de 7 luni, când a prezentat nişte „răni pe cap”. La vârsta de 2 ani începând „a umbla prin curte”, părinţii au observat că se ferea de soare (fotofobie), că pleoapele se tumefiau cu această ocazie, la fel pielea feţii, şi ori de câte ori era la soare, copilul suferea de „ferbinţeală”. În acelaşi an vara, au apărut la nivelul frunţii mici leziuni veziculoase care au fost tratate de medicul consultant drept scabioase. Veziculele au dispărut, fiind înlocuite de o descuamaţie, după care au rămas numeroase pigmentaţiuni. De atunci boala a recidivat în fiecare primăvară, dispărând iarna.

Boala actuală a debutat la vârsta de 2 ani, cu intoleranţă la soare şi leziuni veziculoase pe un fond eritematos, la nivelul părţilor descoperite ale corpului, (dar mai ales pe faţă). Boala a recidivat apoi sezonier, prezentând remisiuni complete în timpul iernii, (când nu se puteau observa decât pigmentaţiuni).

Somatic: este vorba despre un copil bine dezvoltat, cu ţesutul celulo-adipos şi muscular bine reprezentate, scheletul normal, neprezentând nici o malformaţiune congenitală sau vreo diformitate câştigată.

Mucoase: Ambele pleoape inferioare sunt ectropionate, conjunctiva fiind roşie inflamată. Marginea liberă a nărilor este mult reTRACTATĂ, lăsând să se vadă o mucoasă pituitară tumefiată şi foarte succulentă, care face pe bolnav să se şteargă mereu la nas. Buza inferioară prezintă o ulcerăţie de mărimea unui bob mic de fasole, acoperită cu o crustă neagră aderentă, fără a arăta caracter speciale.

Ganglionii: Ganglionii inguinali sunt bilaterali palpabili, mici, duri, mobili, izolabili şi fără a prezenta fenomene inflamatorii. Ganglionii submaxilari sunt tumefiaţi şi prezintă aceleaşi caractere.

Organele genitale sunt normale, fără leziuni, cu ambii testicoli în burse.

Psihic: Este un copil inteligent, cu mult interes faţă de orice explicaţii sau lucru nou arătat, se joacă cu ceilalţi copii.

Pielea: Copilul prezintă la nivelul feţei, mâinilor, cefei, feţei dorsale a ambelor picioare şi în partea superioară a regiunii pre-sternale, pete de colorarea cafelei cu lapte deschise până la o nuanţă brună negricioasă, de formă rotundă, de mărimea unor boabe de mei, asemănătoare efelidelor. Printre aceste pigmentaţiuni se pot observa numeroase şi fine teleangiectazii, precum şi mici tumorete de colorare roşie vie (angiome). La acest nivel pielea este foarte subţire, uscată, cu elasticitatea pierdută, lucioasă. Colorarea pielii este brună. Pielea prezintă o descuamaţie furfuracee atât la aceste nivele, cât şi pe restul corpului. Aceste leziuni descrise, se observă pe toate regiunile amintite mai sus, deci pe cele descoperite. Pe pielea păroasă a capului prezintă în regiunea parieto-temporală şi occipitală trei placarde rotunde, de mărimea unor monede de 20 lei, la care nivel pielea prezintă o descu-

mație în mici scuame albe furfuracee (examenul de ciuperci negativ). La nivelul marginii libere a narinelor și pavilioanele ambelor urechi se observă un început de mutilație, pielea fiind foarte întinsă, lucie, atrofică, ducând la o pierdere de substanță în aceste regiuni.

Examenul de laborator: Reacția Wassermann negativă atât la copil cât și la părinți. — Examenul pentru ciuperci, negativ. — Tablou sanguin: hemoglobină 50%, globule roșii 4,100.000, globule albe 5.750. — Formula leucocitară: leucocite polinucleare 68%, limfocite 24%, mononucleare mari 3%, eusinofile 5%. — Examen complet al urinei: albumine urme bine pronunțate (nedozabile), glucoza absentă, urobilină normală, elemente biliare absente, indică normal. Hematoporfirina nu a putut fi dozată din lipsă de spectroscop. Coloarea urinei (galbenă palidă) pledează contra acestui pigment, în cazul căruia urina ia o culoare care variază de la maderă la roșu. — Sediment: rari urați de sodiu, rare epiteli, rare leucocite.

Tratament: Noi am aplicat în cazul nostru ca mijloc fotoprotector o mixtură oleioasă cu chinină 2%, cu care copilul era uns pe părțile descoperite dimineața și la amiază, iar ca tratament special am administrat zilnic injecții de Nicotilamid în combinație cu calciu gluconic intragluteal. Copilul a fost supus unui regim alimentar bogat în vitamine. În urma acestui tratament, intenționăm să facem o cură vitaminică recomandată de Gougerot (A—D 10 zile, BC 10 zile și Nicobion). Părinții ne mai vorind a lăsa copilul în spital, nu am putut efectua acest tratament și bolnavul a părăsit spitalul neschimbat.

Fiind vorba despre o actinodermită, nu pot încheia înainte de a aminti foarte pe scurt ceva despre importanța luminei în dermatologie și despre terapia fotoprotectoare.

Lumina nu are asupra pielii o acțiune specifică. Dacă o concentrăm însă cu ajutorul unei lupe, se produce o arsură, datorită unei acțiuni calorice. Pielea lipsită de lumină devine galbenă cenușie, așa cum se observa mai demult la cei care făceau parte din expedițiile polare. În aceste cazuri, circulației cutanate îi lipseau excitațiile tonizante datorite luminei.

Mai active asupra pielii sunt razele ultraviolete. Ele sunt numeroase în lumina solară mai ales la munte și mare, la șes fiind cantitativ mai reduse.

Ungerea cu cele mai diferite creme cu ocazia expunerii la soare (mai ales la plaje) pentru cei cari suportă bine soarele, nu are nici un rost. Ele sunt deasemenea inutile atunci când ne expunem unui soare nu prea puternic. Credința că ungerea pielii cu diferite creme la expunerea la soare ar aduce cu sine o pigmentare mai accentuată, este inexactă. Ungerea pielii își are rațiunea numai pe munții foarte înalți, unde lumina solară este foarte bogată în raze ultraviolete de lungime scurtă, care produc eritem și chiar arsuri. Contra acestora sunt recomandabile preparate industriale fotoprotectoare cu acțiune controlată, cum ar fi: Zeozon, Ultrazeozon, Antilux, Tschamba Fii, oleu Mokoto, Nivea-Ultraöl, oleu Deliol, Engadina, crema Mokoto etc.

După Memmensheimer, mecanismele de apărare ale pielii sunt declanșate la nivelul epidermei și dermei. În epiderm se formează vitamina D și combinațiuni histaminice care influențează tot organismul.

Unii autori sunt de părere că substanțele fotoprotectoare, care filtrează razele ultraviolete, trebuie să rămână la suprafața pielii, iar alții vor, ca această filtrare să se facă în profunzime. Nici în ceea ce privește problema razelor care trebuie împiedecate, părerile nu sunt unitare...

Hahn, crede că razele cu o lungime de undă variind între 297—303 milimicroni, ar produce cea mai intensă pigmentare. Freund observă cea mai intensă formare de eritem produsă de razele ultraviolete cu o lungime de 250—300 milimicroni. Pentru Henschke razele ultraviolete cu o lungime sub 320 milimicroni

produc eritem, iar cele cu o lungime mai mare bronzare. Raabe studiind cele mai importante substanțe fotoprotectoare fabricate în industrie, stabilește că Eucutol, Nivea, Engadina, Aesculo și vaselina albă, micșorează (reduc) formarea eritemului.

Dacă utilizăm aceste pomezi (care rețin razele), atunci pigmentarea nu se mai produce, acest mijloc natural de apărare a pielii contra razelor solare, ne mai fiind necesar. Calame pretinde a fi găsit un mijloc, care prin condițiuni naturale ar influența formarea melaniei.

Cele mai multe preparate fotoprotectoare conțin aesculină și derivatele acesteia. Utilizarea aesculinei se datorește marelui Unna, care întrebuinta o alifie de 10%. Preparatele Zeozon și Ultrazeozon, conțin 3 respective 7% dintr'un derivat aesculinic. Aescuval-creme conține trei la sută aesculină și 4% acid oxicholesterinic. Aesculina își pierde proprietatea filtrantă în mediu acid. Alifiile acestea vor trebui deci să fie toate alcaline.

Alte substanțe întrebuintate ca fotoprotectoare sunt derivatele cumarinei și săruri chininice. Schwartz recomandă ca foarte bună o alifie cu chinină având la bază polizaharizi.

În locul alifiilor putem utiliza și soluții de tanin (Withfield). În ultimul timp s'a experimentat salicilatul de metil. Un alt produs (american) este Escalol, care este activ numai în mediu acid.

Cremele de bronzare din comerț conțin pirogalol, coloranți anilinici sau hipermanganat de potasiu. Idealul unei creme fotoprotectoare este crema care să ferească pielea de arsuri și în același timp să producă o bronzare. Ea nu a putut fi încă realizată.

Taninul preparat în emulsie are o acțiune fotoprotectoare de 30%, preparat în soluție de 3% o putere de 60%, fiind cel mai activ în combinație cu glicerina.

În ceea ce privește sulfamidele, Zener a dovedit că soluția de 10% de Eubasin-sodic și Cibazon-sodic în alcool-acetonă aa sau în apă reprezintă un mijloc eficace fotoprotector. Acțiunea Cibazolului corespunde la 8 doze eritem quart, iar a eubasinei ajunge până la 6 doze eritem. Acțiunea protectoare constă într'o izolare (abschirmung) a razelor față de piele, printr'un strat protector format din sulfamide la suprafața pielii. O acțiune proprie protectoare nu a putut fi dovedită.

Pentru Kochler, puterea pielii de a transforma razele solare într'o energie cu importanță biologică, constituie una din proprietățile sale cele mai fundamentale. Pielea reacționează la căldura razelor solare prin mărirea debitului sanguin al suprafeții. Expunerea timp prea îndelungat la soare, poate avea astfel o acțiune nefastă asupra celorlalte organe interne, datorită stazei produse la nivelul pielii. Un lucru este cert că lumina zilei (Himmelstrahlung) conține mai multe raze de lungime scurtă, decât cea solară. Lungimea cu acțiune terapeutică mai intensă, este de considerat cea de 289—320 mu (Dornstrahlung). Absorbția în parte a razelor ultraviolete, este datorită ozonului dela marile înălțimi. Ultravioletele A (320—400 mu), de care sunt legate razele solare, nu au importanța practică a razelor ultraviolete B. Intensitatea razelor ultraviolete variază după anotimp, înălțimea dela nivelul mării, distanța de soare, grosimea stratului de aer, norii, vaporii de apă, praf etc. Maximum de raze ultraviolete îl manifestă razele solare în luna Iunie. Începând cu Iulie ele descresc, atingând minimum în Decembrie. Acțiunea de profunzime a razelor ultraviolete este redusă. La nivelul suprafeții pielii produc eritem de lumină și pigmentația care ar reprezenta o reacție de apărare contra acțiunii de profunzime a razelor calorice. Acest pigment „apărător”, lipsește de cele mai multe ori dela cei blonzi. Razele ultraviolete manifestă o acțiune de intensificare a funcțiunilor glandelor sudoripare și sebacee, o acțiune asupra presiunii sanguine, a hemoglobinei, a metabolismului albuminelor și purinelor etc. Toate aceste funcțiuni stau deci la baza helioterapiei. Expunerea îndelungată la soare poate avea repercusiuni îngrijorătoare în

DIGIBAINĂ

TONIC CARDIAC

O mică doză de ouabaină sensibilizează miocardul la digitalină permițând acesteia din urmă să exercite o acțiune mai rapidă, mai intensă și mai durabilă.

Nici o obișnuință chiar în timpul curelor prelungite și continue.

15 picături = $\frac{1}{10}$ mg. digitalină crist. + $\frac{2}{10}$ mg. ouabaină crist. Doza mijlocie: 20-30 picături pe zi.

Codex S. A. R., Calea Șerban Vodă 41, București



POMADA

ANALGEZIC-CICATRIZANT

PLĂGI • ARSURI
IRITAȚIUNI CUTANEE • ULCERE

Postă de Ol.
Jecoris, cu
ZnO. și Talc

TUB MIC. MARE 51
CUTII 1/2 Kg.

MOLLE

POMADA DESITIN FĂRĂ
OXID DE ZINC ȘI TALC

ARSURI INTINSE
PLĂGI CU PIERDERI
DE SUBSTANȚĂ
PLĂGI ATONE
OSTEOMIELE

Se întinde ca pansament
în strat gros sau se
toarnă direct în cavitate

TUB 40 g., 100 g. și
CUTII 1/2 Kg.

PUDRA

PUDRA GRASĂ ADESIVĂ
PE BAZA DE OL. JECORIS
ABSORBE SECREȚIUNILE

IRITAȚIUNI
SUPERFICIALE
TRANSPIRAȚIE
TOALETA
SUGARILOR

CUTII METAL MICI ȘI
MARI ȘI FLIC 100 g.

DESITIN

cu vitamine naturale A+D

Codex S. A. R., Calea Șerban Vodă 41, București.

Produse „Ufarom“ fost Egger Cluj-București

**Noua terapie specifică a tuturor
infecțiunilor strepto-stafilococice cu**

Septamid Sulfamidă albă.

tabl. în tub de 10 à 0.30
" " " " 20 à 0.30
" " borcane " 100 à 0.30

Medicațiune chimico-terapeutică din grupul P. Aminophenylsulfonamid lipsit total de fenomene toxice, chiar după administrare mai îndelungată.

Beneurin, vitamina B₁

mitte injecții 3 fiole de 1 cc à 5 mgr
forte " 3 " " 1 cc à 25 mgr

cristalizată, chimic pură. $C_{12}H_{17}OSCIHCl$. Preparat conținând vitamina B₁, **vitamina antinevritică**.

INDICAȚIUNI: Vitamina B₁, fiind neurotropă are indicațiuni foarte variate în nevrite de orice origine și localizare, și polynevrite cu turburări spastice și paralitice etc.

C e v a l Vitamina C.

injecții 10/1 ccm 0.05
" 5/2 ccm 0.10
" 3/5 ccm 0.50

Este un preparat de acid ascorbic chimic pur.
INDICAT: În toate cazurile unde se constată o insuficiență a vitaminei C.

Hepacit Extract de ficat și mucoasă stomacală.

injecții de 2 cmc

Extrem de activ și perfectă tolerabilitate. Ameliorează rapid starea generală, iar numărul globulelor roșii și indicele hemoglobinic crește chiar dela începutul tratamentului.

INDICAT: în anemii secundare provocate de hemoragii, anemie pernicioasă, anemii consecutive maladiilor infecțioase. Protejează celulele hepatice, evită șocul operator etc., etc. Se administrează în injecții intramusculare.

Eșantioane medicale și literatură:

Laboratorul Farm. V. G. CIOCOIU
București, str. Matei Voevod Nr. 35 - Telefon 3.88-97

cazul unui organism bolnav (o tuberculoză se poate reactiva, ulcerul gastric intră în fază dureroasă, cei suferinzi de Basedow prezintă reacțiuni vasculare intense etc.). Toate acestea se explică prin punerea în libertate la nivelul pielii a histaminei.

Sensibilitatea excesivă față de lumină în anumite boli (xeroderma, hydroa, etc.) se explică prin formarea unor substanțe sensibilizatoare în interiorul organismului. O astfel de sensibilitate se poate observa în urma introducerii percutane a anumitor substanțe vegetale, cum ar fi ficus-ul, haracleum, sau unele oleuri minerale. O sensibilizare a pielii la lumină sub forma apariției dermatozelor pruriginoase se poate observa și după ingerarea de barbiturice (luminal). O sensibilizare deosebită a pielii față de lumină se mai poate observa în boala lui Basedow. În ceea ce privește rolul ovarului, amintim eritemele din timpul menstruației și gravidității. Janson dătează sensibilizarea pielii la lumină catalizatorilor metabolici, porfirinei și melaninei. Alți autori susțin că sensibilizarea apare numai atunci, dacă pielea este expusă unor lungimi de unde care se suprapun cadrului de acțiune al sensibilizatorilor. Bolnavii suferinzi de hydroa vacciniformă sunt sensibili de ex. la razele cu o lungime scurtă.

Inercare de a desensibiliza pielea față de lumină prin administrare de resorcină, nu a dus la rezultate. Substanțele ce trebuiesc utilizate pentru apărarea pielii trebuie să manifeste pe lângă o concentrație redusă, o absorbție selectivă față de razele solare, sau să prezinte o acțiune puternică de reflectare a razelor. Pielea nu are voie să fie iritată și nici secreția sudorală să fie tulburată. Pe lângă preparatele originale este de recomandat o pastă zincată cu bismut: Rp. zinc oxyd. 4 gr. — bismut subnitric 8 gr. — ung. leniens, eucerină aa. ad 100 gr. Este o pastă foarte eficientă și cu mult mai ieftină ca preparatele originale. A mai fost recomandat ung. glicerinat cu 3% acid. tanic, iar printre preparatele lichide s'a adeverit spiritul taninic cu 10%.

Bazați pe cercetările recente ale lui Felke care administrează acidul nicotinic în toate afecțiunile cutanate rezultate dintr-o hipersensibilitate față de lumină, am administrat și noi în cazul nostru acest acid, în preparatul Nicotilamid, zilnic o injecție intramusculară împreună cu calciu gluconat. În timpul avitaminozei acidului nicotinic apar tulburări ale pigmentilor odată cu porfirinuria. Felke a obținut rezultate favorabile prin acest tratament în hidraea aestivalis, eritrodermii exfoliative și în toate celelalte forme ale sensibilității față de lumină. Preparatul Nicotilamid este din punct de vedere chimic o amidă a acidului nicotinic sau piridin ~ 3 ~ carbamid, o substanță activă din grupul vitaminei B₃. Casa Merck recomandă preparatul în răul de raze, lupus eritematos, acnee rosacee, eritem exudativ multiform, eczeme seboreice, hydroa aestivalis.

Noi nu ne putem pronunța în niciun fel asupra rezultatelor, bolnavul fiind luat din spital înainte de a fi terminat programul terapeutic. În orice caz, în literatura cercetată, nu am putut găsi cazuri vindecate nici ameliorate de xeroderma pigmentosum.

Această dermatoză actinică (?) rămâne un mister al specialității noastre și numai viitorul va putea să-i clarifice etiologia și terapeutică.

Bibliografie

1. Artzt—Zieler: vol I 599, vol. II 228, 859, 949, vol. III 950.
2. Ehermann: Einführung in das mikroskopische Studium des normalen und kranken Haut. Wien 1905, pag. 130.
3. Darier: Dermatologie, pag. 249.
4. Fuhs—Kummer: Dermatologie, pag. 340.
5. Esteller—Valcaneras: Xeroderma pigm. (Span. Akad. Dermatol.—Valencia 28, 1941) Zbl. Haut und Geschlecht. 69, pag. 88.
6. Keiming—Oldach: Wirkungen des antipellagriavitamins bei Hautkrankheiten. Med. Welt 1941, 709—713.
7. Kardos: Untersuchungen über die lichtschützende Wirkung der Sulfonamide. Zbl. Haut u. Geschlecht. 70, vol. 4, pag. 123.
8. Keller: Behandlung der Hautkrankheiten, pag. 251—253.
9. Gougerot: Dermatologie.
10. Gougerot: Xeroderma pigm. avec tumeurs. Effet thérapeutique des vitamines et des antiseptiques. Bull. soc. fr. dermat. 48, Nr. 7, 502, 1941.
11. Kochler: Die Haut unter der Einwirkung der Sonnen und Himmelsstrahlung Ther. der Gegenw. 1942, 4, 138.
12. Juon: La lumière et les états précancéreux de la peau. Rev. med. Suisse 66, 511—521, 1942.
13. Monjardino: Uugenerscheinungen des xeroderma pigm. Lisb. med. 18. 559—569, 1941. Referat din Zbl. Haut u. Geschlecht. 69, pag. 293, Oct. 1942.
14. Nouvelle pratique dermatologique: vol. IV, 629; VI, 618; VIII; 82.
15. Riecke: Dermatologie, pag. 404.
16. Szep: Xeroderma pigm. Zbl. Haut u. Geschlecht. 69, pag. 130, 5 Sept. 1942.
17. Torchi: Rilievi sopra un caso di xeroderma pigmentoso. Zbl. Haut u. Geschlecht. 69, pag. 528, Ianuarie 1943 (referat).
18. Veres: Xeroderma pigmentosum adutorum. Zbl. Haut. 69, pag. 129, Sept. 1942.
19. Zenner: Sulfonamide als Lichtschutzmittel, Klein. Welt. 1942, 277.

SPITALUL DE BOLI SOCIALE BRAȘOV

Medic Primar, Director: Dr Emil Colbazi.

RESUMÉ

Un cas de Xeroderma Pigmentosum

L'auteur décrit un cas de Xeroderma pigmentosum chez un enfant de 5 ans. En liaison avec ce cas on discute l'étiologie, la pathogénie, la symptomatologie et le traitement de cette rare maladie.

ZUSAMMENFASSUNG

Ein Fall von Xeroderma Pigmentosum

Der Verfasser beschreibt einen Fall von Xeroderma pigmentosum bei einem Kind vom 5 Jahren. Es wird eine klinische. Darlegung gemacht und eine Besprechung über die Ätiologie, Pathogenie und Therapie, welche bis heute noch nicht geklärt wurde.

Un caz de hernie obturatorie¹⁾

de

Dr. Marin Teșoiu

Hernia obturatorie fiind o afecțiune destul de rară, ne permitem de a relata observația de mai jos.

La 29 August 1941, orele 10 seara, se internează în serviciul de chirurgie al Spitalului de Stat, Timișoara, femeia K. M. de 61 ani, de profesiune casnică, de naționalitate germană, domiciliată în comuna Morifeld, jud. Timiș.

În antecedentele heredo-colaterale nu găsim nimic important.

Antecedente personale. Nu recunoaște că ar fi suferit în viața ei de vreo boală cu caracter infecto-contagios. Menată la 13 ani, epocile catameniale s-au succedat regulat. A născut doi copii, ambii în viață și sănătoși; menopauza la 49 ani. Pacienta este de constituție robustă, prezentând un ușor grad de obezitate.

Vine la spital pentru dureri în regiunea supero-internă a coapsei drepte, datând, după afirmația pacientei, de 24 ore. Durerile iriază în genunchiu și cresc în intensitate când membrul este în extensie; pentru acest motiv, bolnava ține membrul respectiv flectat, până aproape de unghiul drept.

La examenul local se constată o tumefiere difuză, în regiunea supero-internă a coapsei drepte, acoperită cu tegumente de aspect normal. Pacienta afirmă că are de mai mulți ani această tumefiere dar până acum nu i-a cauzat niciun fel de jenă. Cu mare delicatețe, punem membrul inferior drept al pacientei în extensie și cu această ocazie constatăm că tumefierea ei devine mai aparentă, având forma unui S culcat, cu două curburi sub arcadă și o curbură deasupra arcadei crurale. Totuși, această tumoră nu este direct accesibilă palpației, ci numai prin intermediul straturilor subjacente, dând încontinuu senzația unei proeminențe profunde. Tumora este aderentă, dură, sub tensiune și este foarte sensibilă. Pacienta este ușor balonată și afirmă că nu are vânturi de când a debutat durerea ei, adică de 24 ore.

Intervenim de urgență, cu diagnosticul de hernie crurală strangulată.

Sub anestezie generală cu eter, intervenim printr-o incizie de 10 cm. lungime, ușor oblică în jos și înăuntru, traversând arcada crurală, la 2 cm. înafară de spina pubelui. În țesutul celular subcutanat evităm cu ușurință vena safenă internă, pe care o apucăm sub depărtător. Aponevroza o deschidem în sus și în jos, pornind dela nivelul plicei falciforme, prin care pătrunde crosa safenei. După deschiderea aponevrozei, ne-am așteptat să cădem pe sacul herniar dar spre surprinderea noastră, am căzut numai pe un strat muscular sub tensiune. Neavând spațiu suficient pentru a merge în profunziune, sacrificăm arcada crurală și lungim deschiderea aponevrozei în jos. Simțim bine pulsațiile arteriei femorale, care rămâne înafară. Recunoaștem adductorul mijlociu după fibrele lui oblice, în jos și înafară și cu ajutorul disectorului „Kocher” căutăm să pătrundem pe meringea externă a acestui mușchi, în interstițiul dintre adductorul mijlociu și pectineu; dar nici acum nu cădem pe sacul herniar. Tragem înafară vasele femorale, cu ajutorul ecartorului și desfacem interstițiul dintre cei doi mușchi, pe toată întinderea lui. Prin intermediul pectineului, avem acces asupra sacului herniar, care impresionează printr-o rezistență aproape lemnoasă. Sacrificăm o parte din acest mușchi și cădem pe un sac herniar, care nu prezintă continuitate cu un pedicul obișnuit, ci este sesil, cu inserție foarte profundă spre gaura obturatorie.

Încercăm să pătrundem cu pulpa indexului în canalul obturator, dar sacul nu cedează tentativelor noastre de reducere. Înaintea și înapoia sacului secționăm niște fascicule musculare, care circumscrie sacul și care credem că aparțin obturatorului extern. După secțiunea acestor fascicule, mai facem o încercare de a introduce pulpa indexului prin gaura obturatorie dar nu izbutim, pentru că dimensiunile sacului herniar întrec cu mult pe cele ale găurei obturatorii. Mai secționăm niște bride fibroase din vecinătate, aparținând membranelor obturatorii, după care manoperă atragem sacul mai bine în plagă, îl izolăm la bază, îl cercetăm și pentru că nu oferă niciun pericol vascular, îl descidem imediat, în interiorul sacului găsim o porțiune de epiploon quasi-necrotic, pe care-l rezeccăm; mai atragem prin sac o porțiune de epiploon, puternic congestionat, o rezeccăm și pe aceasta, până la țesutul sănătos și abia acum putem pătrunde cu pulpa indexului în canalul subpubian, în care este angajată, alături de epiploon, o porțiune de ansă intestinală puternic congestionată; Căutăm să atragem această ansă în plagă, fără să izbutim, dar ne putem da seama că este vorba numai de o pensare laterală și nu de o strangulare circulară. Reducem ansa, împreună cu epiploonul sănătos și reconstituim un perete, în partea inferioară a canalului obturator, prin sutura tuturor straturilor fibroase întâlnite. Controlăm hemostaza și închidem complet plaga operatorie. Post-operator, administrăm 1.000 cmc, ser fiziologic cald și 500 cmc. glucoză 47%, subcutanat. A doua zi administrăm 50 cmc ser hipertonic 10% și o fiolă de estmodil. A treia zi pacienta are vânturi și începe să umble. În ziua 6-a scoatem agrafele, plaga operatorie este vindecată, prin primă intenție, iar în ziua 8-a pacienta părăsește apitalul.

• • •

Hernia obturatorie este cunoscută dela memoriul lui Gougerot (1743) și a făcut obiectul a numeroase cercetări: se citează în deosebi Teza lui Pimbert și articolul lui Picquet și Poirier (1891). Mayer raportează (în 1914) 23 laparotomii pentru hernie obturatorie.

Este o varietate foarte rară: 5 cazuri pentru 1000 de hernii, după statistica lui Corner și Huggins, mult mai rar după alți autori.

Hernia obturatorie se întâlnește de obicei după 50 ani și este mai frecventă la femei, fapt care s'ar explica prin înclinația mai mare a bazinului și dimensiunile canalului obturator, care de asemenea sunt mai mari la sexul feminin. Nașterile repetate, destinzând orificiul pelvian al canalului subpubian, constituie încă un factor favorizant pentru producerea herniei obturatorii, - care este o hernie de slăbiciune, așa cum o atestă coexistența frecventă a altor hernii, în special herniile crurale. Tractul herniar este format de canalul obturator sau subpubian, un traect herniar virtual, ale cărei orificii de intrare și eșire răspund membranelor obturatorii, cu margini fibroase și tăioase, ca și gu-

¹⁾ Lucrare făcută în Secția I a Serviciului de Chirurgie „Dr. Aurel Căndea” din Timișoara, medic primar chirurg Dr. I. Mureșanu.

tieră osoasă, care închide canalul „puternici agenți de strangulare“ (Lejars).

Anatomia canalului obturator și variațiunile pachetului său vasculo-nervos explică diversele tipuri de hernie obturatorie (Gosset).

În varietatea cea mai comună, hernia parcurge canalul în toată lungimea și proemină la orificiul lui extern, etalându-se înaintea mușchiului obturator extern și fiind acoperită de mușchiul pectineu; aceasta este hernia completă.

În al doilea tip, hernia se angajează între fasciile, superior și mijlociu, ale mușchiului obturator extern; și în acest caz hernia este numită completă dar anormală – în acest grup se încadrează și cazul nostru. În varietatea 3-a, în loc să iasă din bazin, hernia se infiltrează între cele două membrane obturatorii și rămâne, în întregime, înăpoia mușchiului obturator extern, fiind acoperită de el; aceasta este hernia incompletă.

Sacul are raporturi întinse și foarte neregulate cu pachetul vasculo-nervos obturator, raporturi care creează o serie de dificultăți tehnice în cursul actului operator.

Conținutul herniei este format din epiploon sau intestinul subțire, mai rar apendicele sau diverticolul lui Meckel.

Simptomatologie. Unul din caracterele esențiale ale herniei obturatorii este dificultatea de diagnostic, pe care o întâlnim totdeauna. În cazurile când hernia obturatorie este voluminoasă sau dacă iese prin fosa ovală și îndepărtează mușchii care o acoperă, se poate diagnostica mai ușor însă și atunci se confundă, cel mai adesea, cu hernia crurală. De obicei însă hernia obturatorie este puțin aparentă, ca o tumefacție difuză, în regiunea adductorilor, înăuntrul vaselor femurale, care produce asimetria celor două regiuni corespunzătoare. În practică hernia obturatorie nu se diagnostichează decât dacă dă loc la accidente de strangulare. Și atunci intervenim pentru hernie crurală, confuzie obișnuită dar „eroarea acum este benignă, căci operația ne permite să o rezolvăm imediat“ (Berger). Se citează totuși o serie de simptome dintre care următoarele două sunt considerate patognomonice:

1. *Durerea locală*, descoperită prin presiune, în partea internă a triunghiului lui Scarpa, aproape de spina pubelui, pe fața internă și cu totul superioară a coapsei; sau „durerea provocată prin tușeul vaginal la nivelul feței interne a găurei obturatorii“ (Lejars).

2. *Semnul lui Romberg*, caracterizat prin dureri nevralgice, iradiind în partea internă a coapsei, până

la genunchiu și uneori până la picior și fiind însoțite (nu totdeauna) de contractura sau parezia adductorilor, urmată de flexiunea coapsei; „acest semn rezultă din compresiunea nervului obturator prin coletul herniar“ (Gosset). Se citează în fine senzația corzii epiploice, obținută prin tușeul vaginal, care ne permite să simțim pedicolul herniei sub forma unei coarde întinse pe perețele pelvian. Sunt cazuri când hernia obturatorie nu poate fi diagnosticată, nici când dă accidente de strangulare, confundându-se cel mai adesea cu hernia crurală – cazul lui Picquet și Poirier (1891); în cazuri excepționale, coexistă hernia crurală cu hernia obturatorie, una din ele fiind strangulată și numai după chelotomia crurală, examenul direct al regiunii ne pune pe calea diagnosticului. Lejars recomandă ca, ori de câte ori avem de-a face cu o hernie inghinală, dar mai ales crurală, cu caractere anormale, luând aspectul literelor Y, S, însoțite de accidente de ocluzie intestinală, e recomandabil să ne gândim la posibilitatea unei hernii obturatorii strangulate și să dirijem explorația în această direcție.

Prognosticul herniei obturatorii, având în vedere că nu se diagnostică decât în caz de strangulare, este în general grav.

Tratamentul se rezumă la intervenția chirurgicală, care se poate executa, fie pe cale crurală, fie pe cale abdominală, fiecare din aceste căi având partizanii lor. Unii autori (Gosset) au părăsit complet calea crurală din cauza pericolelor vasculare, pe care le-a oferit chelotomia obturatorie, având în vedere profunzimea herniei. În fine calea combinată, crurală și abdominală, este o metodă de necesitate în cele mai multe cazuri, când din cauza leziunilor avansate ale organului herniat, una din căi nu dă suficientă satisfacție.

RESUMÉ

Un cas d'hernie obturatrice

L'auteur décrit un cas d'hernie obturatrice avec des phénomènes de strangulation chez une femme de 61 ans, en insistant à cette occasion sur les difficultés de diagnostic. L'intervention chirurgicale d'urgence s'impose.

ZUSAMMENFASSUNG

Ein Fall von Hernia obturatoria

Der Autor beschreibt einen Fall von Hernia obturatoria mit Strangulationserscheinungen bei einer Frau von 61 Jahren und weist auf die Schwierigkeiten der Diagnose unter diesen Verhältnissen hin. Dringende chirurgische Intervention ist angezeigt.

Sarcină tubară bilaterală

de

Dr. V. Moșoiu
medic secundar

Pe cât de rară pe atât de greu sau imposibil de diagnosticat clinic este o sarcină tubară bilaterală.

În Serviciul Gineco-Obstetrical al Spitalului Gh. Mărzescu, Brașov, am avut ocazia să observ un astfel de caz la care simptomatologia ar fi putut lăsa unul observator atent bănuiala unei sarcini tubare bilaterale, dacă ar fi putut urmări dela început evoluția fenomenelor.

Este vorba de multipara Zs. V., căsătorită, în vârstă de 36 ani (obs. 754) care la 17. III. 1936, vine în spital pentru dureri abdominale, metroragie și amețeli.

Antecedentele heredo-colaterale fără importanță.

La vârsta de 17 ani febră tifoidă. Menstruată normal ca ritm și intensitate. Patru nașteri spontane, la termen, cu feți vii, Leuzii fiziologice. Neagă avorturi. Ultima menstruație în 10 Ianuarie.

Cu șapte zile înainte de intrare în spital a avut o durere sincopală în etajul abdominal inferior spre fosa iliacă dreaptă, însoțită de vărsături, lipotimie și trei zile consecutiv metroragie neregulată ca ritm și intensitate. După două zile de liniște aparentă, are din nou dureri abdominale sub formă de colici de astădată în fosa iliacă stângă, însoțite de aceleași fenomene generale și de metroragie. Sângele este acum ceva mai abundent și negru ciocolatiu. Cu aceste fenomene se internează în spital.

Bolnava, de constituție bună, are mucoasele și tegumentele decolorate. Este afebrilă. Pulsul tachicardic, filiform. Stare lipotimică. Abdomenul balonat și sensibil, se apără la palpare mai ales spre fosele iliac. Timpanic în etajul supraombilical este mai supra-simfizar spre fose.

La tactul vaginal: ușoară elevațiune a colului, cu orificiul extern întredeschis și buzele ramolite. Fundurile de sac vaginale, mai ales cel posterior, prezintă o împănare difuză, dureroasă.

Inspecția arată o hiperemie vaginală, cu o mucoasă violace a colului ce lasă scurgerea unui sânge modificat.

La tușeul combinat cu palpeu: uterul, de mărimea unui pumn, moale, cu istmul ramolit, este împins spre simfiză și ușor elevat, conturându-se vag pe laturi de o masă de consistență păstoasă ce se pierde spre pereții pelvieni, mascându-i mai ales fața posterioară și bombând spre fundul de sac posterior. Puncția acestui sac arată sânge și coaguli.

În fața acestui tablou clinic se intervine cu diagnosticul de sarcină tubară ruptă cu hematocel retro-uterin.

La deschiderea peritoneului, Douglasul este ocupat de un hematocel în curs de organizare, ce depășește fundul uterului înglobând anexele în chiaguri și false membrane. După o toaletă sumară ce debarasează abdomenul de chiaguri, se găsește trompa dreaptă mărită de volum, turgescență, prezentând în regiunea istmică un mic orificiu de ruptură. În trompă se găsește chistul fetal rupt, cu hemoragie intrachistică. Embrionul de aproximativ 4-5 cm. lungime, înnoată liber între chiaguri. Ovarul din această parte prezintă un corp galben proeminent.

În stânga, trompa îngroșată, turgescență, prezintă o sarcină ampulară. Chistul fetal intact, conține un embrion de 4 cm. lungime. Oul deslipit în parte e reținut în trompa transformată în hematosalpinx. Ovarul prezintă un corp galben în plină desvoltare.

Se face ablația ambelor trompe gravide și se completează toaleta cavității abdominale, închizându-se peretele în trei straturi.

Mersul postoperator se complică de o flebită a membrului inferior stâng, care tratată regresează. În 19/IV. femeia părăsește serviciul vindecată.

Sarcina tubară este o afecțiune rară. Diagnosticul clinic nu se face, cel mult se poate bănui. În literatură se citează cazuri de sarcină tubară bilaterală, la care una din trompe conținea o sarcină gemelară, iar alta o sarcină simplă (cazurile lui *Launay* și *Seguinot* și cel al lui *Baldwin*).

Cramer și *Grossmann* citează cinci cazuri de sarcină tubare bilaterale, iar *Brossmann*, *Schreiber* și *Ignătescu*, fiecare câte un caz, la care una din trompe era ruptă, iar cealaltă intactă.

Interesant este a se ști dacă este vorba în aceste cazuri de superfecundație sau superfetație. Vârsta egală a ambelor produse de concepțiune de cele două trompe, de sigur că pledează în favoarea superfecundației. O deosebire de mărime a embrionilor nu e un argument în favoarea superfetației, contestată din altfel de marea majoritate a autorilor. *Unterberger* din examenele histologice ale vilozităților choriale practicate simultan din ambele trompe gravide, crede a dovedi neverosimilitatea superfetației.

În cazul nostru, mărimea egală a embrionilor pledează pentru superfecundația a doi ovuli eliberați simultan sau consecutiv din ambele ovare.

Durerea sincopală din fosa iliacă dreaptă, însoțită de fenomenele de hemoragie internă, era traducerea clinică a rupturii tubare în această parte. Colicile cu caracter expulsiv, survenite după două zile de relativă acalmie, erau expresia clinică a începerii avortului tubar în stânga.

Cazul urmărit atent în decursul evoluției fenomenelor clinice ar fi putut poate lăsa bănuiala existenței unei sarcini tubare bilaterale.

SPITALUL GH. MĂRZESCU, BRAȘOV

Serviciul de Ginecologie-Obstetrică

Medic-primar: Dr. V. Negrilă

Hormonul lactației

pentru prima oară introdus în terapeutică
prin

Suppletan-Salbe

bazat pe faptul că aplicația locală percutană
este cel mai favorabil mod de întrebuințare
pentru acest hormon.

Indicațiuni: agalactie hormonală, încetarea
timpurie a secreției lactate.

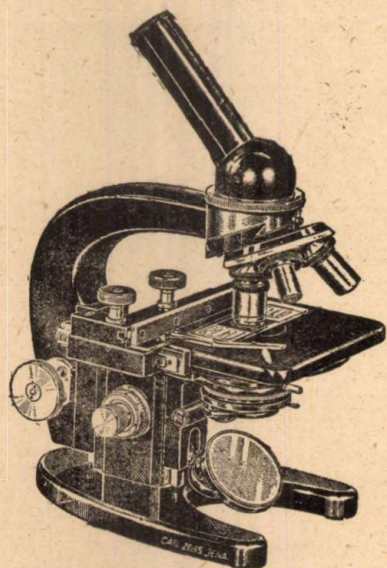
Forma de prezentare: tub. orig. cu 20 g.



C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H.
Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România:

Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.



ZEISS

MICROSCOAPE

de construcția cea mai modernă cu tub
de observare monocular

**pentru
toate lucrările
științifice**

Cataloage și informațiuni gratuite dela

CARL ZEISS, JENA

sau dela reprezentanța generală pt. România :
Societatea Anonimă de Agentură-Comi-
sion-Import fost Otto & Alfred Herzog
București I. — Bulevardul Carol I Nr. 48



SYMPATOL

PENTRU INIMĂ ȘI CIRCULAȚIE

Indicațiuni:

Slăbiciune vasculară cu tensiune sanguină scăzută:

Convalescență — Hipotonie — Sarcină — Turburările bătrâneții

Vătămare generală a circulației:

Gripă — Difterie — Tuberculoză — Febră tifoidă — Pneumonie

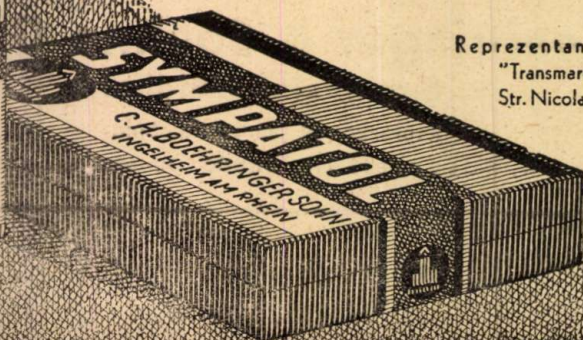
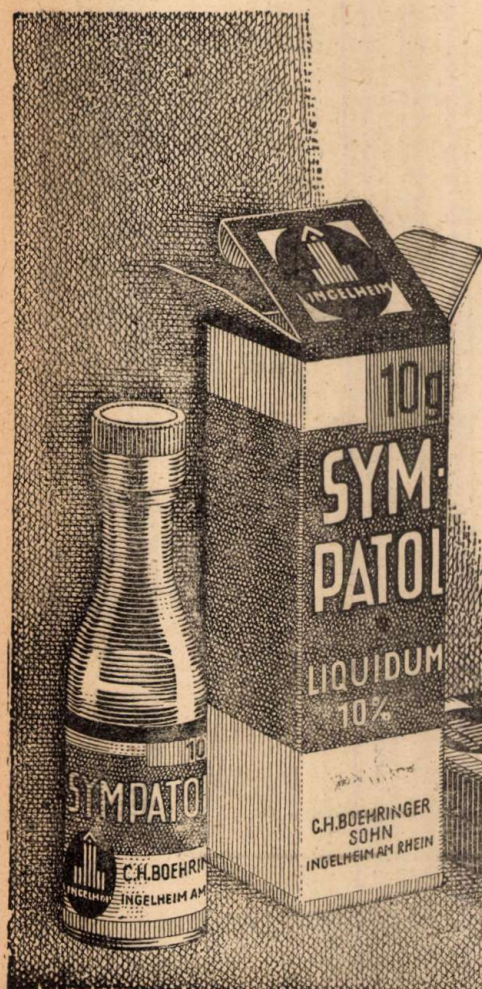
Colapsuri grele:

Operațiuni — Nașteri — Hemoragii — Șoc

Forme de comerț: lichid 10% și fiole à 0,06 gr.

Reprezentanța:

"Transmare" S.A.R. de Import și Export,
Str. Nicolae Goleșcu 15, București III



RESUMÉ

Grossesse tubaire bilatérale

On décrit un cas de grossesse tubaire bilatérale, opéré, chez une multipare de 36 ans, chez laquelle une trompe était rompue et l'autre présentait un début d'avortement tubaire.

ZUSAMMENFASSUNG

Beidseitige Tubenschwangerschaft

Es wird ein Fall von beidseitiger Tubenschwangerschaft beschrieben bei einer 36 Jahre alten Multiparen bei deren Operation auf der einen Seite eine Tubarruptur auf der anderen ein beginnender Tubarabort gefunden wurde.

Medicină de războiu**Tifusul exantematic din Spitalul Z. O. 622**

de

Medic Locot. **Dr. Giuglea Cicerone** și Medic Slt. rez. **Dr. Dimitriu Constantin**

Groaza flagelului de tifus exantematic din războiul trecut 1914-1918, a făcut ca odată cu ivirea războiului actual, medicii să se ocupe cu toate forțele științifice de studiul acestei infecțiuni.

Literatura medicală privind acest subiect, crește zi de zi, fiecare publicație cu surprizele sale.

Tabloul clinic dramatic pe care-l prezintă unele forme de tifus exantematic - și din nenorocire cele mai multe, - lipsa unui tratament specific eficace, contagiozitatea acestei maladii, mortalitatea destul de mare, sechelele lăsate de această boală, toate aceste fapte nu dau răgaz medicilor, făcând ca laboratoarele și clinica să fie în gardă.

Cele 65 cazuri, ospitalizate în spitalul Z. O. 622, ivite în iarna 1942/43, ne-au permis de a face un studiu amănunțit asupra clinice, anatomiei patologice și în special asupra terapiei actuale, care ne-a redus mortalitatea până la 70%, cifră în care se cuprind și morții prin complicații (TBC pulmonar și Tromboarterită).

Studiul clinic: Incubația în cazurile noastre nu a putut fi determinată cu destulă precizie deoarece proveneau dintr'un mediu unde prezența păduchelului era destul de frecventă. În general, din anchetele noastre n'am găsit niciun caz cu o durată de incubație mai mică de 8 zile sau mai mare de 20 zile.

Cităm cazul unui soldat care, întorcându-se dintr'o permisie la unitatea sa, unde se găseau cazuri de tifus exantematic, după 8 zile dela sosirea sa în acea unitate, a făcut o formă gravă de tifus exantematic.

După debut, aspect clinic, evoluție și indicațiuni terapeutice, cazurile noastre au prezentat două forme distincte:

1. Forma cerebrală sau comună la 45 de bolnavi.
2. Forma simplă la 20 de bolnavi.

Trebue să remarcăm că acea formă intestinală din clasificarea lui Lampert nu a fost găsită, deși cazurile noastre proveneau dintre ostașii veniți de pe front,

adică din același mediu de unde Lampert a recrutat majoritatea bolnavilor cu forma intestinală.

1. Forma cerebrală sau comună. a) Perioada prodromală: 30 bolnavi din cei 45 cu această formă au prezentat cu 2-4 zile înainte de debut cefalee, insomnie, amețeli, stare subfebrilă, unii dintre ei greață, inapetență, etc. La sfârșitul acestei perioade bolnavii prezentau un frison puternic asemănător cu cel din pneumonie, urmat de ridicarea temperaturii și exagerarea fenomenelor generale.

Debutul brusc, fără perioadă prodromală, la celelalte 15 cazuri s'au manifestat prin frison, ascensiune termică, *dureri foarte vii în regiunea gambelor* (simptom de mare valoare în diagnosticul acestei boli), rahialgii, uneori epistaxis (5 cazuri), iritații moderate a conjunctivelor, hipoacuzie, conștiința nealterată. Unii dintre bolnavi se plâneau de amețeli, ușoară toropeală și neliniște.

Temperatura în toate cazurile cu această formă cerebrală a ținut exact 14 zile și numai în cazurile unde intervenea o complicație, temperatura era menținută ridicată, având însă cu totul alt aspect.

Durata febrei era independentă de intensitatea fenomenelor clinice. Căderea febrei începea la forma cerebrală din ziua 14 și ajungea la normal în 2-3 zile.

În unele cazuri temperatura cobora sub 36° menținându-se 3-4 zile.

Exantemul. Nu putem fixa data precisă când exantemul își făcea apariția, mai ales în cazurile unde debutul a fost precedat de perioada prodromală. În cazurile cu debut brusc, în a 3-a zi de boală, pe torace (interscapular sau la inserția diafragmului), pe flancurile abdomenului, în unele cazuri chiar pe antebraț găseam mici elemente maculoase de mărimi variabile dela o gămălie de ac până la un bob de mazăre, de aspect roz, ce dispăreau la presiunea digitală. În 1-2 zile se generalizau, predominând în părțile delicate iar în forma comună cerebrală luau aspect peteșial, persistând la

presiune; în unele cazuri am găsit exantemul apărut numai în regiunea scapulară, cum a fost semnalat de profesorul Danielopolu. În cazurile unde am folosit băile supra încălzite, aspectul exantemului se menținea la stadiul de hiperemie, iar în cazurile unde exantemul era discret, a putut fi accentuat prin aceeași metodă.

Este de remarcat că în toate cazurile cu exantem exagerat, fenomenele nervoase (centrale sau periferice) au fost grave, existând deci o concordanță între exantem și forma tifusului. Nu există un paralelism între exantem și titrul reacției Weil-Felix; aveam cazuri cu un exantem având caracter marmorat, peteșial, și cu titru de aglutinare numai de 1/200-1/400. Cităm cazul unui bolnav la care reacția Weil-Felix în repetate rânduri a arătat titrul 1/100 și care totuși avea un exantem cu caracter purpuric și fenomene nervoase foarte accentuate. Făcându-i-se băi fierbinți am reușit să-i ameliorăm fenomenele nervoase, să înlăturăm colapsul periferic și să-i mărim titrul la 1/400. Aproape constant au fost găsite semnele de fragilitate vasculară cutanată, evidențiate prin manevra Römer și Rumpel-Leede.

Durata exantemului depindea de forma sa; în cazurile hemoragice durata a întrecut perioada febrilă, intrând în convalescență cu pete pigmentare asemănătoare cu cele din rușeolă. Hiperemia conjunctivelor bulbare pomenită în perioada prodromală s'a accentuat în cursul bolii; e de remarcat că acest semn găsit aproape constant în epidemia războiului trecut, în cazurile noastre n'a fost prezent decât în 22 de cazuri.

Semnul limbii descris de Danielopolu a fost găsit constant în formele cerebrale și ne-a servit să punem diagnosticul formei ce o va prezenta bolnavul înainte de apariția altor fenomene clinice (nervoase și exantem). În toate formele cerebrale, aspectul limbii a fost următorul: începând din ziua a 5-a, ea devine uscată, începând cu centrul, ca în al 2-lea septenar să ia caracterul clasic de „carapace”, având vârful prins de buza inferioară și animată de tremurături.

Fenomene circulatorii: a) Tensiunea arterială în toate formele cerebrale a fost găsită sub normal, ajungând în unele cazuri la 9-8 și chiar 7 cm. cubi de Hg. Vaquez-Laubry, acolo unde era pericol de colaps și unde s'a instituit stricnino-terapia intensivă și metoda băilor supra încălzite. Hipotensiunea, semnul limbii, crampele musculare din gambe, uneori și debutul au fost fenomenele ce ne puneau dela început pe calea diagnosticului, din chiar primele 2-3 zile. Pulsul bradicardic la sfârșitul primei săptămâni, raportat la temperatură; în al 2-lea septenar curba pulsului se apropie de aceea a temperaturii, urmând o nouă bradicardie în primele zile de defeverescență. În cazurile cu complicații cardiace, pulsul a prezentat diferite aspecte (într'un caz puls alternant, în multe cazuri extrasistole).

Sindromul extremităților descris de Prof. Danielopolu, cu toate fazele sale (vazo-dilatație, cianoză caldă, cianoză rece și colaps) l-am întâlnit în 4 din cele 6 cazuri mortale. În 10 cazuri, sindromul extremităților s'a redus la faza de vazo-dilatație și cianoză caldă; restul numai la faza simplă de vazo-dilatație și aceasta datorită metodei terapeutice folosită.

Fenomene nervoase. Întreg tabloul clinic al formei cerebrale este firește dominat de manifestări din partea sistemului nervos, de aceea vom descrie cu toate detaliile aceste simptome.

La începutul perioadei de stare, conștiința este nealterată; bolnavul se plânge de amețeli, accentuate de mișcări, pe care voind să le înlăture, le evită dând impresia unei false stări de toropeală. La unii încep apoi senzații de neliniște, la alții halucinații; la sfârșitul primei săptămâni aceste fenomene de agitație sunt înlocuite de o stare de inerție: bolnavul stă nemișcat, este desorientat, și poate să prezinte un delir moderat. Privirea bolnavului este fixă, pare că doarme cu ochii întredeschși. Munk a comparat această stare cu aceea de catatonie din demența hebefrenică. În rezumat, în formele cerebrale, psihicul poate fi excitat sau deprimat. Mișcările pasive ne indică creșterea tonusului muscular, aceasta găsindu-se mai ales la formele grave, dând aspectul de flexibilitas cerea. Chiar bolnavii ce par toropiți înțeleg totul ce li-se spune, însă din cauza inhibiției musculare răspunsul este greu, dând aspectul unui mutism. Aceste fenomene ne indicau apropierea colapsului. Într'unul din cazurile noastre cu forma aceasta cerebrală, după ce a fost scos din această stare hebefrenică precomatoasă, a prezentat o euforie destul de pronunțată cu excitație hipomaniacală, care a durat 6 zile, fiind înlocuită cu o stare de depresiune. La un interval de 3 zile, depresiunea e înlocuită de hipo-manie, mai scăzută ca la început, care a durat 30 zile; același bolnav prezintă azi turburări în memorie.

Turburările motorii și funcționale ale sistemului nervos. Rigiditatea corpului descrisă de Munk a fost găsită și în cazurile de formă cerebrală, cu următorul aspect: rigiditatea capului, mare greutate în mișcări și ușoare crampe a cefii, dădeau aspectul unui meningism. Am accentuat asupra fenomenelor dureroase dela nivelul moletului gambelor, făcând din aceasta un simptom important. Reflexele osteo-tendinoase crescute; reflexele cutanate rar normale, frecvent diminuate și adesea dispărute.

Mușchii pielosi ai feței erau contractați în cele mai multe cazuri, dând o mască de suferință prelungită chiar după instalarea defervescenței și dispărând foarte târziu. La câțiva bolnavi am găsit tremurături fibrilare, iar 4 cazuri au prezentat un trismus.

Turburări motorii cu caracter striat dădeau fixitatea feței, tremurături ale mâinilor și uneori chiar mișcări coreiforme.

Turburări sfinciteriene: în majoritatea cazurilor bolnavii au incontinență de urină, mai rar retenție. Turburări de vorbire care duceau până la bâlbâială, datorită inhibiției musculare au fost găsite în câteva cazuri.

Turburări de auz și de echilibru: hipoacuzia care se întâlnește în toate cazurile cu formă cerebrală apare în primul septenar și uneori se prelungește în convalescență, fără să fie vorba de o otită sau parotidită secundară tifusului exantematic. Din partea labirintului reamintim amețelile simptom constant, uneori vertigiul.

Intr'unul din cazuri, mort prin trombo-arterită generalizată, exitusul a fost precedat de o hemiplegie dreaptă cu afazie.

2. Forma simplă. Găsită la 20 de bolnavi, prezenta un caracter deosebit de forma cerebrală, deosebitu-se prin: 1. Concoranța perfectă între puls și temperatură. 2. Curba termică rareori se ridică peste 39° și nu păstrează durata de 14 zile ca în forma cerebrală, putând fi scurtată cu mai multe zile. 3. Fenomenele nervoase nu se manifestă aci decât prin cefalee, dureri musculare, rahialgii. 4. Exantemul nu duce la starea de hemoragii subcutanate; în multe cazuri el este așa de discret încât trebuie căutat în regiunile electiv descrise de Danielopolu, evidențiate prin băi supra-încălzite. 5. Tensiunea niciodată în această formă nu a fost sub 10. Uneori apar fenomene gastro-intestinale manifestate prin dureri și scaune diareice, care nu au niciun caracter specific.

Probele de laborator în tifusul exantematic.

1. Sero-reacția Weil-Felix pozitivă în toate cazurile; data pozitivării nu este fixă și nu are nicio legătură cu forma clinică a cazurilor. În unele cazuri reacția începe din ziua a 4-a de la debut; în altele în al 2-lea septenar abia devine pozitivă. Au fost cazuri când bolnavii prezentau simptomatologia dramatică a tifusului exantematic și totuși reacția Weil-Felix a fost negativă în a 7-a zi de boală. Tot astfel au fost cazuri unde numai câteva simptome indicau prezența infecțiunii tifusului exantematic și reacțiunea Weil-Felix a fost intens pozitivă. Deci nu am găsit nicio legătură între formele clinice a tifusului exantematic și intensitatea reacției Weil-Felix. Sero-reacția este pozitivă mult timp după convalescență. O remarcă: în 8 cazuri unde sero-reacția Weil-Felix a fost pozitivă 1:100 în al 2-lea septenar, titrul acestei reacțiuni a fost găsit 1:800 la un interval de timp de 2 luni.

2. Tabloul sanguin în tifus exantematic.

a) Leucocitoza a fost găsită în toate cazurile, urmând curba descrisă de prof. Danielopolu. La începutul afecțiunii exista uneori o leucopenie, ca în al 2-lea septenar să crească la 15.000, uneori la 20.000

și în cazurile cu tendință la colaps, leucocitoza a fost chiar mai mare;

b) În mod constant în toate formele cerebrale și simple de tifus exantematic, formula leucocitară era deviată spre stânga;

c) Am găsit interesant să utilizăm pentru diagnostic pe de o parte și pentru pronostic pe de altă parte, *Indexul de intoxicație Kalf-Kalf*, pomenit de Lampert în rev. D. M. W. Nr. 1 din 1943, numit de dânsul „Index de apărare”, ca o expresie a stării de rezistență a organismului infectat. În mod normal acest index este egal cu 1 (unu). Are la bază elementele hemoragiei lui Schilling și se exprimă astfel:

$$\frac{(4M+3Y+2Sb+S)(Pl+1)}{(Ly+M)(E+1)} = \text{Index de intoxicație} = \text{unu.}$$

M=mielocite; Y=forme tinere; Sb=Stabkerne; S=segmentat; Pl=plasmocite; E=eozinofile; Ly=limfocite.

În cazurile de tifus exantematic acest index a ajuns până la 20-30-40. Din utilizarea acestei probe de laborator am constatat: în toate cazurile mortale coborârea bruscă a indexului, creșterea indexului după băi supra-încălzite, creștere ce se făcea paralel cu îmbunătățirea stării generale a bolnavului;

d) Numărul hematiilor crescut în cazurile cu sindrom al extremităților.

3. Lichidul cefalo-rachidian. Aspectul lichidului nu arăta nimic patologic în forma simplă. În forma cerebrală însă am constatat următoarele: tensiunea ușor mărită, aspect în general clar, uneori însă xanto-cromic; limfocitele crescute în primul septenar, iar în al 2-lea septenar erau înlocuite cu polinucleare, și hematii; în unele cazuri s'a semnalat prezența monocitoidului descris de Prof. Danielopolu. Această reacțiune celulară a persistat mult timp în convalescență.

Studiul anatomo-patologic în tifusul exantematic.

A) Macroscopic. La inspecția generală făcută pe unul din cazurile sucombate în plină perioadă eruptivă s'a putut constata că acest exantem nu persistă mult timp putând fi confundat cu lividitățile cadaverice.

La deschiderea cutiei craniene s'a găsit: 1. Congestie a meningelor, cu ușor edem în special la baza creierului, fapt ce contrasta foarte mult cu uscăciunea musculaturei striate. 2. Vasele piei-mater destinate și pline de sânge. 3. Mici sufuziuni sanguine diseminate. 4. În 2 din cazurile autopsiate, la deschiderea durei-mater s'a obținut un lichid cefalo-rachidian galben și puțin turbure. 5. Dilatația ventriculilor umpluți de lichid.

Pe secțiune: hemoragii punctiforme, diseminate. Focare de ramolism într'unul din cazuri, așezate simetric interesând lobii din regiunea fronto-temporo-parietală, care cuprindea substanța albă și corticală.

Acest caz a prezentat de altfel o tromboză generalizată, care interesa arborele arterial dela arterele mijlocii până la periferie.

B) Histopatologie. Leziunile importante interesau vasele: vascularita descuamativă de care vorbește Prof. Danielopolu, cu noduli și infiltrații difuze împrăștiate. Aspectul general al encefalului din tifusul exantematic era al unei encefalite exantematice. La un examen amănunțit s'au găsit acești noduli formați din: limfocite, plasmazellen, elemente histiocitare și numai rar polinucleare dispuse peri- sau latero-vascular. In unele locuri lumenul nu mai este de recunoscut. Nodulii predominau în substanța cenușie cu tendință de aglomerare spre meninge și canalul ependimar. Nucleii dela baza creierului prezentau leziuni importante. La fel bulbul.

Cavitatea toracică. Aparatul respirator: stare catarală a căilor aeriene superioare și pulmonare. Parenchimul pulmonar hiperemiat, ajungând uneori la focare congestive.

Cordul: ca aspect macroscopic s'a observat decolorarea musculaturei cu ușor edem; musculatura uneori flască, friabilă. Valvulele nu prezentau nimic.

În celelalte organe aceleași leziuni cu predominanță vasculară.

Capsulele supra-renale: hemoragii și infiltrații de-a lungul cordoanelor din cortex ca și în medulară.

Nervii periferici prezentau infiltrația tecilor conjunctive.

Fiziopatologie

Intreg tabloul clinic este dominat de simptome rezultate prin leziuni ale micilor vase. Acea vascularită descuamativă generalizată dela nivelul sistemului nervos domina tabloul clinic din forma cerebrală a tifusului exantematic. Tensiunea crescută a lichidului cefalo-rachidian, turgescența vasculară dela nivelul meningelor, edemul cerebral, toate aceste fenomene explicau starea aceea de meningism. Fenomenele difuze de encefalită exantematică ne explică: somnolența, apatia, halucinațiile, modificările conștiinței, stupoarea catatonică și flexibitas cereea.

Vieța bolnavilor era însă determinată de leziunile din bulb și în special de leziunile centrilor vitali. Leziunile constante ale centrului vazo-motor explică fenomenele circulatorii periferice manifestate prin paralizii vasculară ce duce la sindromul extremităților și în urmă la colaps. Centrul respirator fiind și el interesat, explică turburările în respirație. Dintre nervii cranieni cel mai precoce, și cel mai frecvent era atins acusticul și hipoglosul, care participau la formarea primelor simptome: hipoacuzia și semnul limbii. Masca feței găsită în unele cazuri se explică prin leziunea facialului și pateticului. Nevritele ne dau acele crampe musculare atât de ca-

racteristice. Leziunile supra-renalelor contribuiesc fără îndoială la formarea colapsului. Leziunile retro-hipofizare duc la acea poliurie ce produce deshidratarea și uscăciunea musculaturei. Infiltrația miocardului se traduce clinic prin turburările cunoscute.

Complicații. Un caz cu hemiplegie și afazie datorit unui proces de trombarterită: sucombat.

Complicații pulmonare: 30 de cazuri au avut congestie pulmonară. Un caz sucombat de pneumonie cazeoasă la un vechi bacilar. Flebită: 2 cazuri; flegmon al coapsei după injecții: 1 caz; adeno-flegmon submaxilar: 1 caz; otită medie catarală: 1 caz; hepatită icterigenă prelungită: 1 caz; 1 caz cu gangrenă cutanată în regiunea deltoidiană dreaptă și a gambei stângi; câteva cazuri de escare înainte de instituirea tratamentului cu băi supra-încălzite.

Tratament. Niciunul din cazurile noastre nu a fost vaccinat. La 35 de bolnavi am instituit tratamentul clasic igienico-dietetic și simptomatic la care am asociat sulfamido-terapia și ser de convalescent.

La celălalt număr de bolnavi am înlăturat sulfamido-terapia, înlocuind-o prin metoda băilor supra-încălzite, stricnino-terapia și Vitamina B₁.

Tratamentul igienico-dietetic. 1. Higiena cavității bucale, nazale și faringiene făcută cu oleu gomenolat și gargarisme făcute cu fenosalil sau apă oxigenată. 2. Temperatura camerei nu a fost niciodată sub 20°, dat fiind sensibilitatea bolnavilor la răceală și frig, factori ce au fost încriminați ca determinanți uneori ai cangrenei extremităților. 3. În retenția vezicală s'a făcut cateterism. 4. Din 2 zile clisme cu apă caldă în cazurile de constipație.

5. Regimul alimentar. În tot timpul perioadei febrile regimul alimentar a fost lacto-hidric zaharat; se administrau băuturi abundente pentru compensarea lichidelor pierdute; am dat alcool pentru calitățile sale analeptice. După defervescență s'a trecut la un regim lacto-făinos timp de 7 zile, după care în cazurile fără complicații s'a trecut la regim complet.

Ca tratament specific nu s'a putut face decât în cazurile grave transfuzii cu sânge total de convalescent.

Tratament simptomatic. 1. Sulfamidele (Eleudron) au fost administrate la primul lot de bolnavi, fără a se putea trage o concluzie. Modul de administrare a fost următorul: două până la trei grame pe zi de Eleudron în tot timpul perioadei de stare. Între timp s'a făcut hemograma pentru control. 2. Adrenalina: 1-2 până la 3 mg. în 24 ore, fără rezultate apreciable, verificând această rezistență la adrenalină a unora dintre cazuri cu tendință la colaps. 3. Ca analeptice s'au întrebuințat: cafeină, camfor, cardiazol. Ca antitermice am folosit Pyramidonul în doze mici.



CIBAZOL

Sulfanilamidothiazol

Chimioterapeuticul

cu toleranță excelentă

pentru tratamentul infecțiilor bacterice

efect sigur în:

**Pneumonie, Gonoree, Meningită,
Erisipel, infecțiuni colibacilare ale căilor urinare,
Morbul Bang, Sepsie, etc.**

Comprimat: tuburi à 20, Fiole: cutii à 5



SOCIÉTÉ POUR L'INDUSTRIE CHIMIQUE À BALE (Elveția)

Reprezentant al specialităților «Ciba» în România:
M. R. Leclerc, str. Ruginoasa 1, București.

Asociația nouă de cărbune

CARBOWANDER TABLETE

Cărbune vegetal
Sulf
Senna
Choleinat de sodiu
Atropină metilbrom
Uleiuri eterice

Absorbant — Desinfectant intestinal — Laxativ
cu efect antispasmodic și colagog

Menajează ficatul în afecțiunile tubului digestiv grație efectului său colagog.

In Insomnie, Nervozitate, Nevralgii

CEREBROSAN SIROP

Calciu
Valeriană
Barbiturice
Brom
Analgezică

Sedativ: de trei ori pe zi câte 1—2 lingurițe
Hipnotic: 1 lingură înainte de culcare.

Puternic desinfectant pulmonar

Calmant al tusei

Recalcifiant

LACTOCRESIN «SAPIC»

Sirop pe bază de:

Gaiacol lichid
Lactofosfat de Calciu
Codeină
Tinct. de Aconit

Mostre și literatură trimite la cerere:

Dr. WANDER S. A.

Fabrică de produse farmaceutice și dietetice

București II, Bul. Bucureștii-Noi 90

II. Metoda băilor supra-încălzite preconizată de Lampert, stricnino-terapie și vitamina B₂ au constituit tratamentul de bază al lotului 2 de bolnavi, reușind ca la un număr de 30 de bolnavi să înlăturăm colapsul și să reducem mortalitatea la cifra de 60%.

Intru cât complicația redutabilă în tifusul exantematic este colapsul periferic, acesta determinând în aproape toate cazurile cifra mortalității, am concentrat terapia noastră pentru prevenirea și înlăturarea acestei stări.

A) Băile supra-încălzite preconizate de Lampert, au fost întrebuințate în toate cazurile unde nu existau fenomene miocardice manifestate, mulțumindu-ne în aceste cazuri să le facem numai băi fierbinți a membrelor inferioare. Tehnica întrebuințării băilor supra-încălzite e foarte simplă: se începe cu temperatura de 36°-37°, și în mod progresiv se ajunge până la 43°-44° în băile generale, iar în băile parțiale chiar până la 47°. Timpul unei băi era până la producerea unei transpirații abundente, fără să se observe însă o modificare prea mare a pulsului. În toate cazurile după baia supra-încălzită tensiunea arterială se ridică de la Maxima 7-8-9 cât o găsim în majoritatea cazurilor cu tendință la colaps, la 12-13 și uneori 14, menținându-se timp de o zi, două, și uneori chiar mai mult. Băile supra-încălzite se fac zilnic dimineața și seara.

B) Stricnina în doze mari adăugată la metoda lui Lampert cu băile supra-încălzite ne-a ajutat ca să obținem menținerea tensiunii arteriale la normal.

C) Pentru combaterea stărei toxice din tifusul exantematic am folosit Lacto-flavin (vitamina B₂), care este catalizatorul de oxidație căci ia parte la formarea fermentului galben de oxidație, fermentul respirației. Apa clorată nu a putut fi indicată din lipsa aparaturii.

Nu am descris aici tratamentul colapsului din tifusul exantematic, acesta fiind subiectul unui articol viitor.

Concluzii

1. Cazurile de tifus exantematic au prezentat 2 forme clinice: forma cerebrală și forma simplă.

2. Forma cerebrală, a dat cele mai multe complicații, dintre care sindromul extremităților cu colaps.

3. Leucocitoza și indexul de intoxicație Kalf-Kalif ne-au indicat apropierea colapsului.

4. Sulfamido-terapia nu ne-a permis să înlăturăm sindromul extremităților și colapsul.

5. Băile supra-încălzite preconizate de Lampert, stricnino-terapia intensivă și Vitamina B₂ (Lacto-flavina) s-au arătat a fi cele mai eficace mijloace terapeutice din tifusul exantematic.

Cu ajutorul lor am putut ridica tensiunea arterială, mări titrul reacției Weil-Felix și crește indexul Kalf-Kalif.

RESUMÉ

Le typhus exanthématique dans L'hôpital Z. O. 622.

Les cas décrits se sont présentés sous deux formes cliniques: la forme cérébrale et la forme simple. La première a donné la plus grande nombre de complications, parmi lesquelles on cite le syndrome des extrémités avec collapsus. L'approche du collapsus nous fut annoncée par la leucocytose et l'index d'intoxication Kalf-Kalif.

La sulfamido-thérapie n'a guère contribué à éviter la syndrome des extrémités et le collapsus.

Les bains surchauffés recommandés par Lampert, la strychnino-thérapie intense et l'administration de la vitamine B₂ — lacto-flavine, — se montrèrent les plus efficaces dans le traitement du typhus exanthématique. C'est grâce à ce traitement qu'on a pu relever la tension artérielle, augmenter le titre de la séro-réaction Weil-Felix ainsi que l'index Kalf-Kalif.

ZUSAMMENFASSUNG

Fleckfieber im Spital Nr. 622 Z. O.

Die Fälle von Typhus exanthematicus zeigten zwei Arten: eine cerebrale und eine einfache Form. Die cerebrale Form gab die meisten Komplikationen, unter welchen auch den Extremitätensyndrom mit Collapsus. Die Leukocytose und der Kalf-Kalif-sche Intoxikationsindex zeigten uns das Nahen des Collapsus. Die Sulfamidotherapie konnte den Extremitätensyndrom und Collapsus nicht beseitigen.

Die von Lampert eingeführten übererhitzten Bäder, die intensive Strychnintherapie und Vitamin B₂ (Laktoflavin), erwiesen sich als erfolgreichsten in der Therapie des Typhus exanthematicus.

Probleme sanitare în mediul rural

de

Dr. Eugen Nuțiu

medicul Circumscripției Cetatea de Baltă—Târnava Mică

Vitalitatea unui popor ca și perspectivele lui în orânduirea lumii noi, ce se conturează abia la orizont, depind de sănătatea lui fizică și morală. Mediul rural este acela căruia se vor adresa toate măsurile ce trebuie luate în acest scop, pentru că el este rezervorul de totdeauna al calităților de rasă, a vigoarei și a garanțiilor de existență a Neamului.

În mijlocul acestor preocupări stă azi, poate mai mult ca oricând, *sănătatea publică*. De atâtea ori s'a spus, de personalități deosebit de competente, reali cunosători ai problemelor noastre vitale, că, până când problema sanitară a ruralului nostru nu va fi rezolvată în sensul specificului nostru etnic, național, cultural, economic, nu vom putea da randamentul maxim al energiilor noastre creatoare, problemă care se pune azi mai mult decât ori când Neamului Românesc. *În centrul activității sanitare al mediului rural ca și la fundamentul activității sanitare în Stat, stă și va sta întotdeauna medicul de circumscripție*, după cum așa de profetic a spus d-l prof. Moldovan, încă în urmă cu două decenii.

Este suficient a schița sumar îndatoririle multiple și grele ale medicului de circumscripție ca să ne convingem de vastele probleme sanitare ale mediului rural și de activitatea complexă și grea a medicului de circumscripție. Măsurile de combaterea bolilor infecto-contagioase se rezolvă pe teren de acest medic, măsurate atât de vaste și de grele în mediul rural mai ales, pe care nu le cunoaște decât un medic care a activat un lung șir de ani în acest mediu, combaterea și tratarea tuberculozei, sifilisului, malariei, pelagrei, alcoolismului, gușei, măsuri chibzuite de competența specialiștilor, tot el le aplică. Adevărat că din când în când vin și echipe volante care activează 1-2 zile într-o comună, apoi pleacă, iar greul revine tot medicului de circumscripție, care rămâne. Dar problemele mari și importante ale natalității, mortalității generale, mortalității infantile, mortinatalității, problemele de ocrotirea mamei și a copilului, de ocrotirea familiei, de puericultură, igienă preșcolară și școlară, problemele de nutriție, locuințe, fântâni, latrine, controlul alimentelor și beuturilor, ca să nu mai enumăr decât aceste mari capitole, ale activității de care se izbește la fiecare pas medicul de circumscripție, și unde, spre fala lui, se nizuiește să arete un rezultat pozitiv în cele mai întinsecate sate și cătune, în noroiul, uneori de nepătruns,

al drumurilor, dând zi de zi parte din sufletul și din sănătatea sa. Dovada celor scrise mai sus au dat-o medicii dela sate, mai nou, care au activat în Basarabia, imediat după desrobire, oprind atâtea epidemii care amenințau la un moment dat, în mod serios, sănătatea publică a Țării și reorganizând rapid serviciile desorganizate și distruse în mod barbar de bolșevici, atrăgându-și laudele și recunoștința d-lui prof. Bălțeanu, încredințat cu reorganizarea serviciilor și combaterea epidemiilor din această provincie, exprimate într-una din ședințele Consiliului Sanitar Superior. Aceste obligațiuni se paralelizează cu măsurile de medicină curativă a populației rurale, îndatoriri egal de importante și care tot medicului de circumscripție îi revin.

Acestor îndatoriri principale — și mai sunt multe altele, — se mai adaugă biurocratismul, care îl răpește într-o măsură așa de mare preocupărilor lui esențiale. Veșnic pe drumuri, chemat de nevoile satelor, mai ales în epidemii, seara când vine acasă obosit, ud de ploaie sau înghețat de frig, trebuie să-și facă rapoartele sau să înscrie în nu mai puțin de 5 registre un copil vaccinat odată.

Am enumerat toate aceste preocupări pentru a arăta rolul primordial și covârșitor al medicului de circumscripție în organizația noastră de Stat precum și problemele fundamentale care îi sunt date pentru a le rezolva.

Dar importanța medicului dela sate a fost neglijată dela început tot așa cum au fost neglijate și problemele fundamentale ale sănătății publice de unii factori care trebuia să aibă o importantă parte în promovarea lor. Contribuția comunelor la problemele sanitare azi este minimă, chiar inexistentă, nici întreținerea instituțiilor sanitare rurale, nici livrarea materialelor necesare în combaterea epidemiilor, refuzându-se chiar lemnele necesare etuvării uneori, nici executarea măsurilor de sanitație de interes general ordonate de medic.

Medicului de circumscripție, legea i-a acordat anumite drepturi care nu au fost respectate, salarizarea lui a fost redusă la minim pe criteriul unor venituri profesionale imaginare, impozitul profesional a fost ridicat peste al medicilor specialiști dela oraș în multe cazuri, apoi toate notariatele, primăriile, parohiile au locuințe corespunzătoare pentru funcționarii lor, nici nu ființează dacă nu este rezolvată această problemă și bine

fac, singur medicul de circumscripție e trimis în mediul rural fără locuință, fără concursul în această direcție al nimănui, apoi mai adăugăm lipsa mijloacelor de transport, greutatea de a se ține la curent cu evoluția științei din lipsa bibliotecilor, a cărților și revistelor, sunt unele din cauzele care îndepărtează pe medici dela sate și îi fixează la orașe, unde munca este mai ușoară dar mai remuneratorie și unde își poate satisface și exigențele culturale și sociale conform nivelului cultural al unui medic și în raport direct proporțional cu efortul intelectual și material depus până a ajunge medic.

Din acest cadru se desprind măsuri care trebuiesc fixate în trei mari direcții convergente :

- I. Organizarea instituțiilor sanitare în mediul rural.
- II. Organizarea colaborării factorilor cu răspundere pentru sănătatea publică.
- III. Ridicarea nivelului material și social al medicului rural.

I. *Organizarea instituțiilor sanitare din mediul rural.* În fruntea serviciului sanitar, ca organ de conducere, îndrumare, coordonare și control, într'un județ, să stea Serviciul Sanitar al Județului, condus de un medic primar de județ. Medicul primar de județ va lua toate măsurile ce-i sunt date de legi, privitoare la orice problemă sanitară din județul său, coordonând în același timp acțiunea preventivă cu cea curativă, având în acest scop în subordine spitalele mixte și de specialitate din județ. Cu un cuvânt el va fi organul principal de îndrumare sanitară județeană și șeful întregului aparat sanitar al unui județ.

Medicul primar de județ să poată lua măsuri obligatorii și pentru autoritățile administrative, referitoare natural numai la chestiunile sanitare și în coordonare cu conducerea județului. Aceste atribuțiuni se pot stabili într'un eventual regulament sau lege.

În ajutorul medicului primar de județ și în subordinea lui, vor sta *laboratorul de igienă județean*, dotat cu toate mijloacele științifice necesare și *medicul igienist județean*.

Este inutil să pledăm pentru înființarea laboratorului de igienă pe județ, deoarece toată lumea e de acord asupra necesității lui.

Ceea ce credem că va avea o utilitate practică deosebită, este înființarea medicului igienist județean. Problema este pusă azi pentru înființarea plășilor sanitare și a medicului igienist de plasă, ca organ interpus între medicul de circumscripție și medicul primar de județ, având atribuții preventive, tinzând astfel la o separare a preventivului de curativ. Este indiscutabilă nevoie de creerea medicului igienist, dar credem că un medic igienist al plășii nu va da randamentul ce se așteaptă dela el din motivele următoare: 1. Se creiază o nouă ierarhizare care va crea un nou medic de birou având drept apanaj noi complicații biurocratice,

cu noi rapoarte, cu alte metode, cu nouă desorientare, căci este imposibil ca medicul igienist de plasă să facă combatere de epidemii, depistare de boli sociale, ocrotirea mamei și a copilului, a familiei, igienă școlară, industrială, rurală, sanitație, demografism, eugenie și probleme rasiale, etc... singur, în 30-40 eventual și mai multe comune ale unei plăși. Dacă medicul de circumscripție îi va fi subordonat, va primi însărcinarea de a executa pe teren toate aceste măsuri, medicul igienist al plasei fiind un organ de înregistrarea rapoartelor și având timp foarte puțin de a se ocupa de fondul problemelor. El nu va putea, la atâtea comune decât să dea indicații generale, pe care tot așa de bine le poate da și medicul primar de județ. Ori după concepția noastră medicul de circumscripție are nevoie de un organ care să-i ușureze sarcina și care să-i pue la dispoziție mijloacele tehnice științifice pe care nu le are. Un medic igienist de județ, eventual doi în județele mai mari, vor putea îndeplini toate atribuțiile ce se dau azi medicului igienist de plasă. Ce ușor ar fi pentru medicul de circumscripție dacă de exemplu într'o epidemie de febră tifoidă, medicul igienist al județului s'ar deplasa la fața locului cu toate mijloacele moderne de laborator și ar descoperi în colaborare cu medicul de circumscripție sursele de infecție, purtătorii de germeni, excretorii și ar indica măsurile de luat, controlând apoi periodic tot cu mijloace științifice mersul epidemiei, rămânând ca medicul de circumscripție să conducă pe teren zi de zi combaterea. Între timp medicul igienist ar soluționa în acest mod alte epidemii din județ. Tot astfel s'ar ocupa de problema mamei și a copilului, ar studia și indica soluții pentru problemele de igienă rurală și sanitație, de igienă școlară, demografism și probleme de interes general și de progres sanitar rural, după o cercetare metodică și minuțioasă a lor, colaborând cu toate subdiviziunile sanitare din județ precum și cu toți factorii administrativi cari sunt într'un județ și cari sunt la fel de interesați și preocupați de progresul general al populației, și al doilea motiv pentru care credem că un medic igienist pe plasă nu ar da randamentul așteptat este că a separa preventivul de curativ pe lângă că este imposibil ar fi și riscant, credem, și mai ales a favoriza pe unul în detrimentul celuilalt. De câte ori nu avem ocazia să ne convingem că trebuie să îndeplinim simultan și preventivul și curativul, inseparabile și organic legate peste tot, nu numai în mediul rural. Ori cât ar activa medicul igienist de plasă, dar consultațiile de puericultură, asistența gravidelor, controlul copiilor de școală, asigurarea salubrității localității, controlul alimentelor și beuturilor etc..., tot probleme preventive, nu le poate asigura în mod eficace, rămânând tot în sarcina medicului de circumscripție și aceste îndatoriri, și am ajunge poate la situația ca me-

dicul igienist de plasă să nu poată face o operă de adâncime. Prin medicul igienist de județ s'ar ajunge la o muncă rațională, efectivă și extrem de utilă a medicului igienist și s'ar economisi atâtea cheltuieli necesitate de înființarea cancelariilor pe plasă, cu noi funcționari, noi chirii, mobilier, etc..., sume cu ajutorul cărora se pot îndeplini alte nevoi ale sănătății publice.

Tot la dispoziția medicului primar de județ să stea 3 zile pe săptămână, medicul fiziolog, sifiligraf, internist, puericultor și la nevoie și alți specialiști ai Spitalului județean, care vor cerceta în mod obligator comunele mai atinse de flagelele respective depistând și luând măsuri, sub controlul și îndrumarea medicului primar de județ și a medicilor igienisti. Cum medicul primar de județ și medicul de circumscripție pot merge zilnic aproape pe teren, va putea și medicul specialist al Spitalului să facă aceste deplasări și atunci se va rezolva și problema activării tuturor medicilor oficiali în mediul rural, cu condiția ca această participare să fie sistematizată și obligatorie.

Diviziunea județului din punct de vedere al activității sanitare o formează *circumscripțiile sanitare rurale* în frunte cu un medic de circumscripție specializat în acest scop încă de pe băncile Universității, unde i se vor înfățișa toate problemele sanitare din mediul nostru rural, pentru ca el, ajungând în acest mediu, să nu-și irosească cei mai entuziaști ani ai voinții de a face bine, în adaptarea la condițiile atât de specifice ale mediului.

Medicul de circumscripție va avea atribuțiile cunoscută și va lucra sub directă conducere a medicului primar de județ și în strânsă colaborare cu medicul igienist al județului și cu medicii specialiști ai Spitalului, la rezolvarea tuturor problemelor sanitare, în cadrul *Căsei de Ocrotire a circumscripției*, bine dotată și amenajată scopului dublu ce se urmărește: curativ și preventiv, fără de care nu se poate concepe o luptă sanitară eficientă în mediul rural. El va avea în subordine pe *sora de ocrotire*, agentul sanitar și câte o moașă de Stat de fiecare comună. Sora de ocrotire va avea un scop precis delimitat: educația igienică în familie, controlul creșterii și dezvoltării copiilor până la vârsta școlară și nutriția țărânului, cu demonstrațiuni de bucătărie practică la domiciliu. Sora de ocrotire va avea o îndatorire de o importanță considerabilă îngrijirea și alimantarea sugarilor vara, în timpul muncilor, când mama româncă iese la munca câmpului și își lasă copilul mic în grija altui copil de abia 6-7 ani de atâtea ori nealimentat, sau alimentat cu „motroască”, cauza atâtor tulburări digestive fatale. Acești copii, adunați la Casa de ocrotire a comunei, special amenajată, vor fi rațional îngrijiți și alimentați, recuperându-se astfel nenumărate pierderi în lumea micilor copilași. Ar fi o operă pozitivă de asistență, cu rezultate reale în com-

baterea mortalității infantile. Instituția surorilor de ocrotire, dacă va fi dezvoltată și dacă se vor găsi elemente suficiente de jertfă, va avea un rol hotărâtor în ridicarea nivelului sanitar al populației rurale. Despre aceasta nici medicii nu sunt complet convinși, deoarece nu s'a putut demonstra utilitatea lor, din cauza numărului lor redus, a timpului scurt și a condițiilor neprielnice în care au lucrat. Acolo însă unde munca lor a fost sistematizată și susținută, rezultatele sunt dintre cele mai apreciable. În cadrul organizației sanitare a circumscripției, ar fi bine ca la un grup de comune cu maximum 3000 locuitori să fie o soră de ocrotire.

II. *Organizarea colaborării factorilor cu răspundere pentru sănătatea publică.* O problemă importantă este cointeresarea județelor și a comunelor la toate problemele de ocrotire și la lucrările de sanitație din mediul rural. Să fie obligate a contribui prin susținerea de băi comunale, prin construcții de locuințe model, prin asanare de terenuri insalubre, prin executarea lucrărilor de canalizare și aprovizionare cu apă potabilă, prin întreținerea caselor de ocrotire comunale, prin a lua parte efectivă cu mâna de lucru și material la asanarea localității prin întreținerea bolnavilor grațiuți, prin executarea oricărei măsuri sanitare în interesul general, la opera de redresare sanitară și medico-socială a mediului rural. În acest scop este absolută nevoie ca legiuirile sanitare să fie coordonate cu cele administrative, pentru a nu mai da loc la discuții și adversități nefolositoare. În aceasta legislație va trebui să se țină cont de lupta de decenii a corpului medical de a se emancipa de sub tutela administrației, în interesul a însăși sănătății publice.

Va mai trebui dusă o campanie bine susținută pentru a interesa populația la opera de ridicare sanitară, angajând în acest scop și opera societăților particulare de asistență socială și ocrotire și ridicând în același timp nivelul economic al ruralului.

III. *Ridicarea nivelului material și social al medicului rural.* Pentru ca medicul de circumscripție să-și poată îndeplini rolul fixat, va trebui înainte de orice, să-i fie asigurată existența după nevoile sale sociale, culturale și profesionale. Salarizarea actuală va trebui ameliorată simțitor, va trebui să i se pună la dispoziție mijloacele de transport la îndemână în orice moment, mijloace asigurate fie de Stat fie de comune, căci o diurnă de 5000 Lei lunar, nu-i este de ajuns azi, nici pentru 5 deplasări uneori, protecția medicului rural printr'un fiscalism moderat, asigurarea unei locuințe potrivite, de asemenea iluminatul și încălzitul, asigurarea localurilor corespunzătoare pentru dispensare unde medicul să poată lucra conform cerințelor și în condițiuni optime. Pentru a nu sustrage pe medic de la îndatoririle lui esențiale, este nevoie absolută de redu-

Scilloral

Glicosidul cardiac
maniabil cu mari po-
sibilități de dozare.

ASTA AKTIENGESELLSCHAFT · CHEM. FABRIK · BRACKWEDE



Literatură și eşantioane vă
stau cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R., Strada Sft. Ionică No. 8. București

Laboratoarele „Amido”, Paris, 4 Place des Vosges

Amidal	Enterite, carcinome, disenterie
Cénatropine	Iperchlorhidrie, spasme digestive, colici, diaree
Géneserine	Atonie vezicală, ipo-aciditate gastrică sindrom solar
Génhyosciamine	Dureri abdominale, dureri spasmodice, tremurături de cauze diverse, delirium tremens
Génosthénique	Neurastenie, astenie, surmenaj, convalescență
Génostriehnine	Paralizie, astenie, neurastenie
Sed'hormone	Excitație, insomnie, neliniște

Literatură la cerere

Depozit permanent: „Drogueria Standard” S. A. R., București I. Sf. Ionică Nr. 8

cerea biurocratismului la un singur raport lunar, în-tocmit astfel ca să cuprindă toate datele necesare or-ganelor superioare pentru controlul activității lui, pentru informații de ordin sanitar și pentru lucrări de demo-grafie și statistică.

Pentru stimularea activității medicului ar aduce un rezultat practic și real înființarea bibliotecilor pe circumscripție, a abonării revistelor de specialitate, apoi transferarea medicilor să se facă ținând seama de merit și după activitatea depusă de el, iar medicii de cir-

cumscripție să se bucure și ei de dispoziția legii sani-tare care prevede avansarea onorifică, dând astfel o recompensă celor merituosi și stimulând pe toți ceilalți.

Aceste considerațiuni expuse mai sus s'au născut din experiența și frământările multor ani de activitate în mediul rural și din nevoile și lipsurile pe care de atâtea ori le-am simțit atunci când aveam de luptat singur și aproape fără niciun ajutor efectiv, cu atât de feluritele probleme ale serviciului sanitar și ale pro-pășirii sociale a mediului rural.

Societăți medicale

SOCIETATEA ȘTIINTELOR MEDICALE DIN CLUJ-SIBIU

Sedința din 2 Aprilie 1943

ținută în Amfiteatrul Clinice Ginecologice și Obstetricale.

Prezidează d-l Prof. Dr. GH. POPOVICIU

Dr. Oct. Pop, Dr. G. Stoian: Un caz de chist hidatic pul-monar multiplu, evacuat prin vomică și complicat cu tuberculoză pulmonară (Apare ca articol în revistă).

G. Buzoianu, L. Popoviciu, I. Russu, A. Teodorescu: **Extra-gerea prin traheo-bronhoscopie superioară a unei boabe de fasole din bronhiile la un copil.** În cursul verii anului 1942, fostul nostru colaborator d-rul Teodorescu Andrei, ne-a trimis de urgență din Craiova un copil în vârstă de șase ani cu diagnosticul de corp strein al bronhiilor, pentru a-i efectua extracția necesară lăță care este observațiunea clinică a acestui caz pe care l-am îngrijit în clinica noastră oto-rino-laringologică refugiată din Cluj la Sibiu.

Observațiune clinică. Observațiunea clinică se referă la co-pila M. I. în vârstă de aproape șase ani, adusă de mama sa în dimineața zilei de August în Sibiu, pentru că i-a intrat din nebă-gare de seamă o boabă de fasole în bronhiile. Mama copilei ne spune că, cu o zi înainte, în timpul unei aspirații involuntare, fetița a scăpat spre plămâni o boabă de fasole pe care o ținea în gură și cu care se juca. A fost prinsă imediat de un acces de tuse și respirație grea care nu s'a potolit timp de aproape o oră. Imediat a plecat din satul ei (Segarcea din Județul Dolj) la Craiova ajungând seara. Pe drum fetița a avut accese de respirație grea și de congestie a feței. La Craiova d-rul Teodorescu Andrei a fixat diagnosticul de corp strein al căilor aeriene superioare și a îndreptat mica bolnavă la clinica noastră refugiată în Sibiu.

Aspectul copilei, odată prezentată la noi, este normal. Nu respira greu. N'a mai avut pe drum dela Craiova la Sibiu nici o turburare respiratorie importantă. Dacă n'ar fi antecedentele pe care ni-le istorisește mama fetiței, după aspectul exterior n'am putea bănuî că este vorba de un corp strein al bronhiilor drepte.

Copila este așezată la pat și i se indică imediat o cerce-tare radioscopică. Explorarea radioscopică (Dr. Bârbu) făcută în institutul de radiologie, nu constată nici o umbră patologică și nici o modificare de atelectazie pulmonară, asupra căreia noi am atras atenția că poate fi întâlnită, dat fiindcă este vorba de un corp strein vegetal permeabil la raze. Cu toate aceste rezultate negative ale explorării radioscopice, buletinul examenului cu ra-zele ne menționează că nu este exclusă posibilitatea existenței corpului strein vegetal presupus la nivelul uneia din bronhiile.

Traheo-bronhoscopia. Traheo-bronhoscopia de control și pentru extracție a fost executată în seara aceleiași zile (*prof. Bu-zoianu ajutat de d-nii d-ri G. Popoviciu, Benchea, Săbăduș, M. Popescu*). S'a procedat la o traheo-bronhoscopie superioară cu tubul potrivit din instrumentarul Brunings-Haslinger, însă cu pensa de extracție tip Haslinger și tip Jackson.

Imediat după pătrunderea în subglotă prindem coaja boabei de fasole care juca în trahee și se isbea în expirațiile forțate de corzile vocale. Ea este extrasă imediat cu o pensă convenabilă cu destulă ușurință. Constatăm însă că e vorba numai de simplul înveliș cortical al unei boabe de fasole. Pătrunzând cu tubul în profunzime, observăm corpul strein inclavat în bronhia dreaptă. Extragerea s'a făcut cu dificultăți. Corpul strein a ieșit în fragmente extrase separat. Prehensiunea a fost ușurată prin introducerea adre-nalinei în mici tamponamente locale. Aspirația a fost executată cu aparatul De Martel pe care îl posedă clinica. La un moment dat corpul strein a fost expulzat din bronhia dreaptă însă a pă-truns în cea stângă de unde a fost în urmă extras. A fost nevoie de mai multe extrageri și introduceri repetate ale tubului de bron-hoscopie prin glotă spre bronhiile. La un moment dat am avut impresia că un fragment mic din boaba de fasole a alunecat spre bronhiile de al doilea calibru. Operațiunea de extragere a durat în totalitate aproape două ore datorită faptului că din cauza re-fugiului, pensele noastre de extracție n'a fost tocmai cele mai potrivite.

După extracție s'a indicat copilei sulfamida albă în cinci tablete pentru douăzeci și patru ore. Post-operator nu s'a înre-gistrat decât o ușoară ridicare febrilă până la 37,6 grade numai două zile. A doua zi totuși am fost nevoiți să executăm o tra-heotomie de urgență, la ora trei după amiază (*Buzoianu-Iutchin*), deoarece apăruse un edem laringean cu o dispnee însoțită de cornaj și tiraj. Canula de traheotomie a fost scoasă a treia zi în mod definitiv. Bolnava a fost ținută în observație până într'a zecea zi dela extragerea corpului său strein bronhic, timp în care n'a mai înregistrat nici un accident febril sau de altă natură.

Foaia de observație clinică redată mai sus arată că am fost nevoiți să extragem un corp strein vegetal în mod fragmentar din trahee și din ambele bronhiile. Din ea mai observăm că examenul radioscopic poate fi în cazul corpilor streini vegetali complet ne-gativ și că controlul traheoscopic este obligator oricâte ori pre-supunem clinic un astfel de diagnostic. Operațiunea de extracție a fost laborioasă din cauza dificultăților instrumentale. Bel-

*linof*¹⁾ recomandă recent o pensă specială pentru corpii streini vegetali, a cărei caracteristică stă în prezența unor dinți ca de crocodil pe clapele de prehensiune. Se știe că dintre cei mai periculoși corpi streini ai căilor aeriene fac parte și boabele vegetale, deoarece ele se impregnează repede cu bacterii și secrețiuni, devenind obstruante și septice în același timp. Este imposibil să practicăm o traheo-bronhoscopie în bune condiții, fără ajutorul mai multor persoane care să imobilizeze bolnavul, să-i țină capul în bună poziție, să prepare stiletele de tamponat cu adrenalină eventual cu pantocaină, să ajute la manipularea aspiratorului. La copilul de mai sus, deși traheo-bronhoscopia a fost făcută pe cale superioară laringeană, a doua zi a fost nevoie de o traheotomie care să pună la repaus laringele edemațiat prin traumatismul de penetrare al tuburilor bronhoscopice. Credem că sulfamida este un bun neutralizator al tendințelor de infecții în urma manipulațiilor laborioase. În cazul acesta ca și în alte observații similare ale noastre, ca și în diferite cazuri ale altor autori, traheo-bronhoscopia s'a dovedit din nou o minunată metodă pentru extragerea corpilor streini căzuți în bronhii și în ultima analiză o minunată metodă pentru salvarea vieții unor anumiți bolnavi.

Prof. Dr. C. Tătaru, Prof. Dr. G. Popoviciu: Adenom sebaceu Pringle cu epilepsie (Apare în articol).

Prof. Dr. T. Vasilu, Dr. N. Dahnovici: Anatomo-patologia în boala lui Weil (Apare în articol).

Prof. Dr. T. Vasilu, Dr. C. Cotuțiu, Dr. F. Antonescu: Un caz de meningită cerebro-spinală epidemică.

Dr. Oct. Pop: Frecvența rahitismului în Clinica infantilă (Apare ca articol în revistă).

Dr. I. Macavei: Un caz de limfogranulomatoză cu localizare sternală. Afecțiunea care interesează mai frecvent țesutul reticulo-endotelial și limfoid este limfogranulomatoza malignă.

Având în clinică un caz pe care îl socotim interesant din anumite puncte de vedere, am crezut că este bine să-l prezentăm în fața societății

Bolnavul este de 30 de ani. Înainte cu 3 ani și jumătate, observă apariția unor tumefacțiuni mici în regiunea cervicală dreaptă care în scurt timp au apărut și în axilă. Bolnavul prezenta temperatură, prurit, diaree și dureri în regiunea sternală. I s'a stabilit prin biopsie, diagnosticul de limfogranulomatoză și urmează un tratament R. X, după care se simte bine până acum un an. Atunci observă din nou apariția ganglionilor în regiunea cervicală, foarte mici și în regiunea axilară, de mărimea unui ou de porumbel. Totodată bolnavul observă apariția unei tumefieri rotunde bine delimitate, de mărimea unei mandarine, în partea superioară a sternului, prezentând dureri constrictive de intensitate mare la acest nivel. Această determinare osoasă a fost favorabil influențată de RX, sternalu reluându-și aspectul normal după câteva ședințe. Timp de 6 luni s'a simțit bine. Tumefacția apoi a reapărut, întinzându-se tot mai mult. De acum un an ganglionii nu au mai reapărut, metaplasia dela nivelul sternului evoluând pe cont propriu ca o localizare primitivă.

Pe radiografie se vede o îngroșare a sternului a cărui margine anterioară este dințată, modificări de structură datorite unor zone mai clare și o umbră retro-sternală net delimitată.

Această umbră retro-sternală pare să fie o reacție pleurală sau un infiltrat periostal de natură granulomatoasă. Delimitarea netă ne face să credem că este vorba de o reacție pleurală fibroasă.

Diagnosticul diferențial al leziunilor osoase trebuie făcut cu o osteită tbc. și cu metastazele neoplazice. Radiologic diferențierea este grea.

¹⁾ *Bellinof: Monatschrift f. Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie 1942 Juni Heft 6 — Ein neuer Extraktor zur Entfernung von Melonenkernen aus der Luftröhre.*

Dacă ar fi vorba de un proces baccilar, într'un an de zile de când evoluează ar fi produs fistulizări sau focare de ramolism și ar fi interesat și articulația sterno-claviculară. Lipsind aceste elemente, având confirmarea leziunilor ganglionare limfogranulomatoase prin biopsie care exclude o metastază neoplazică, diagnosticul nu poate fi pus la îndoială.

Localizările osoase în limfogranulomatoză nu constituiesc o raritate. Ele se întâlnesc destul de frecvent interesând cu deosebire oasele late, spongioase. Metastazele osoase iau naștere printr'o propagare din vecinătate sau se dezvoltă în măduva osoasă, contaminarea producându-se probabil pe cale sanguină.

În cazurile cu localizări osoase vertebrale sunt interesate într'o proporție de 60%, urmează apoi oasele bazinului, sternul în 16%, coastele, omoplații, oasele craniene și în mod excepțional oasele lungi.

În corpul oaselor late, după cum am văzut și în cazul nostru, întâlnim un proces distructiv, constatându-se radiologic modificări ale structurii osoase prin îngroșări alternând cu zone mai clare cu un contur neregulat.

Localizările osoase sunt de obicei complicațiuni tardive ale limfogranulomatozei și în afară de localizările sternale care reacționează bine la tratamentul RX, celelalte sunt mai radio-rezistente.

Puncția sternală nu a fost aplicată în mod curent în limfogranulomatoză, diagnosticul stabilindu-se cu ușurință prin biopsiile ganglionare. Aspectul mielogramei este descris ca normal sau prezintă o ușoară deviere spre stânga a elementelor granulocitare.

Prin puncția pe care am făcut-o la bolnavul nostru la etape diferite și adâncimi variate am extras o cantitate infimă de serozitate ușor sanguinolentă în care am pus în evidență foarte rare elemente celulare: polinucleare cu degenerescențe vasculare, nuclei ratatinați multilobați, celule plasmice, reticulare, limfociti și fibroblaști. Nu am găsit celule Sternberg. Acest aspect de eplazie medulară l-am mai găsit descris într'un singur caz care prezintă o localizare primitivă a limfogranulomatozei la nivelul manubriului sternal.

Metastazele osoase s'ar prezenta din acest punct de vedere sub două forme: una care interesează măduva osoasă, alta care interesează numai țesutul osos, ducând prin destrucțiuni masive la o eplazie a măduvei.

Din aceste două puncte de vedere anume, întâiu, a localizării procesului limfogranulomatos la nivelul sternului unde evoluează de un an fără să se observe alte determinări și, al doilea, a constatărilor pe care ni le-a permis să le facem puncția sternală, considerăm cazul nostru ca interesant și demn de a fi prezentat în fața societății.

Dr. I. Macavei: Splenomegalie cu sindrom leucemic limfocitoid, artrită simetrică a articulațiilor gâtului mâinii.

Bolnav în vârstă de 50 ani înainte cu 20 de ani, malarie, vindecată în curs de două săptămâni, de atunci nu a mai avut accese Fumător, etilic moderat.

Înainte cu trei ani observă tumefacția articulației gâtului mâinii stângi, cu dureri la mișcare. Durerile erau accentuate mai cu seamă dacă executa munci fizice mai grele. De 6 luni aceleași dureri însoțite de o tumefiere mai discretă, apar la mâna dreaptă.

A urmat diferite tratamente fără o ameliorare durabilă.

Examinat mai amănunțit de către un medic, la instituția la care lucrează, i se descoperă o splenomegalie și este îndrumat în serviciul clinicii noastre.

Bolnavul nu a slăbit nici în parte fizică nici în greutate. Pofta de mâncare păstrată, este afebril.

La examenul obiectiv, nu se constată nimic deosebit din partea aparatului respirator și circulator. Articulațiile gâtului mâinii sunt tumefiate și dureroase, mai ales stg. Ficatul prezintă lobul

stg. mărit, splina, mărită depășește în jos ombilicul cu două degete, iar în dreapta ajunge la linia mediană.

Radiografia articulației radio-carpene nu a arătat nicio altă osoasă, spațiile intraarticulare sunt însă mai îngustate.

La examenul sanguin am găsit o leucocitoză de 20.000, hematii 2.900.000. Tabloul sanguin arată prezența elementelor limfo-monocitare în proporție de 76% și o eorinofilie de 5%.

După splenocontractia cu adrenalină splina se reduce de volum cu aproximativ două degete.

Leucocitoza crește la 45.000 iar în tabloul periferic după 30' apar în mai mare cantitate celulele limfo-monocitare și celulele alcătuite numai din nuclei foarte granuloși uneori cu o rașă abia perceptibilă de protoplasmă foarte fină și slab colorată, cari pot fi considerate ca celule reticulare sau monocite alterate.

Puncția splenică ne arată un tablou foarte monoton constituit din celule limfatice mici și mari, limfoblaști, celule reticulare, rane polinucleare neutrofile și eosinofile.

O primă puncție sternală ne-a arătat o mielogramă normală. A doua repetată peste câteva zile la alt nivel avea un aspect asemănător cu al sângelui periferic fără să evidențiem însă elemente limfatice tinere în număr mare.

Am făcut bolnavului 2 ședințe de RX. leucocitoza scăzând la 10.500, tabloul sanguin păstrând aceeași proporție cu deosebirea că elementele mononucleare par să fie formate mai mult din limfocite.

Antropotia simetrică pe care o prezintă bolnavul coexistând cu splenomegalia imită sindromul lui Chamford-Still sau al lui Felty. Prezența modificărilor hematice amintite în cazul nostru, exclude însă această presupunere, chiar dacă în sindroamele de mai sus întâlnim uneori o limfocitoză destul de ridicată, ea evoluând cu leucopenie.

Se poate ca acest reumatism simetric să fie numai o coincidență și să nu aibă nicio legătură cu splenomegalia.

Sau poate că și una și cealaltă să fie determinarea unei aceleiași cauze infecțioase sau toxi-infecțioase, tuberculoză, lues, etism, malarie, care să provoace o funcțiune normală a splinei.

Faptul că în măduva osoasă găsim zone intacte și nu găsim elemente tinere în număr mai mare, exclude participarea ei la acest proces.

Lăsând cu totul la o parte interesarea articulațiilor, două ar fi după noi posibilitățile de încadrare a sindromului de față:

Considerându-l ca o formă de limfadenoză splenică pură — sau ca o Reticula endotelioză splenomegalică cu sindrom leucemic.

a) Formele splenice pure de limfadenoză sunt cunoscute și descrise de mult.

Se pare că survin mai ales la adulți și vârste mai înaintate.

Starea generală este puțin atinsă, de multe ori splenomegalia descoperindu-se întâmplător.

Adenopatiile lipsesc.

Anemia este aproape întotdeauna pronunțată, hematiile scăzând până la 2.000.000.

Ficatul poate să fie ușor mărit.

Leucocitoza este variabilă dela 16.000 până la cifre mult mai ridicate.

Evoluția este benignă și starea generală a bolnavilor se menține mult timp satisfăcătoare;

b) Reticulo-endotelioza splenomegalică cu sindrom leucemic limfocitoid, nu constituie propriu zis un cadru nosologic care să cuprindă un grup de afecțiuni bine caracterizate. Este o denumire, arbitrară oarecum, pe care o dăm pentru a putea încadra sindrome cari nu-și găsesc locul în altă parte.

Sub această denumire am găsit descris un tablou clinic și hematologic asemănător cazului nostru.

Cazul îl găsim interesant atât din punct de vedere clinic cât și al problemelor pe care le poate ridica în domeniul hematologiei. De aceea am ținut să-l prezentăm în fața societății.

Prof. Dr. Goia, Dr. Moga și Dr. Degan: Asupra unui caz de leucosarcomatoza (apare ca articol).

Ședința din 7 Mai 1943.

Prezidează: Prof. Dr. GH. POPOVICIU, președinte.

Prof. Dr. C. C. Velluda și Dr. C. V. Antonescu: Noi cercetări farmaco-dinamice asupra acidului l-ascorbic pe inima izolată de broască.

În prezenta comunicare autorii stabilesc limitele de acțiune depresivă și de toxicitate a acidului l-ascorbic, completând rezultatele relativ la acțiunea depresivă a vitaminei C, comunicate într-o ședință anterioară.

Autorii au lucrat cu diferite diluții a acidului ascorbic în soluția Ringer, apă și ser.

În sol. Ringer acțiunea depresivă se găsește între 5—10⁰/₀₀; dela 10⁰/₀₀ începe acțiunea ei toxică, care se accentuează din ce în ce, pentru ca inima să fie oprită brusc și definitiv la concentrații mari de 30—40⁰/₀₀, când orice reanimare a ei prin spălare, devine imposibilă.

În apă ca și în Ringer, există aceleași limite și ca acțiune depresivă și ca acțiune toxică. Apare însă, datorită adeziunii apei, un tonotropism pozitiv, care nu trebuie pus pe seama acidului ascorbic.

Cât privește soluția în ser (8⁰/₀₀), acțiunea depresivă a vitaminei C apare dela 1/10.000, menținându-se până la 1⁰/₀₀; concentrațiile peste aceste procente își conservă proprietățile lor depresive până la 10⁰/₀₀, când apare deja acțiunea toxică a acidului l-ascorbic, ca și în Ringer sau apă, și devenind din ce în ce mai toxică cu concentrațiile și mai mari.

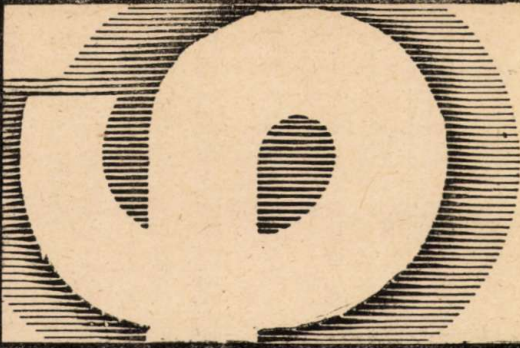
Comparativ în cele trei soluții — acțiunea depresivă a vitaminei C, apare cel mai de timpuriu în ser, din cauza, de s'gur, a contribuției ionului Na, el însuși cu acțiune depresivă.

Cât privește toxicitatea, aceasta e cea mai puțin accentuată în ser, apoi în Ringer, unde există în plus ionul K alături de cel sodic, ambii cu acțiunea deprimantă, și în fine cea mai mare toxicitate apare în apă, din cauza lipsei ionilor indispensabili întreținerii inimei, ca și fenomenului fizic de adesiune, care contribuie în plus la oprirea inimei.

Dr. Gh. Buzoianu, Dr. Gh. Popovici, Dr. I. G. Russu: Aspect bronhoscopic special în cazul unui corp străin bronhic (bob de păpușoiu).

În Clinica noastră din Cluj, temporar mutată în Sibiu, am avut ocazia să extragem de mai multe ori corpi străini vegetali din bronhiile unor copii. Așa în vremea când funcționam în Cluj, am extras acolo din bronhii diferite boabe de fasole și semințe de dovleac. În Sibiu am fost puși anul trecut în situația de a extrage deasemeni un bob de fasole din bronhia unui copil de patru ani. Ultimul corp străin pe care l-am extras din căile aeriene bronhiale a fost un bob de porumb aspirat în bronhia dreaptă la un copil de nouă ani, — Dacă redăm în mod separat istoricul și comentariile clinice ale acestui ultim caz, este pentru că el prezintă anumite particularități demne de luat în considerare, cu deosebire pentru medicul bronhoscopist. Iată în rezumat observațiunea clinică:

Observațiune clinică. Fetița I. N., în vârstă de 9 ani, a fost trimisă clinicii O. R. L. din Cluj-Sibiu pentru motivul că un bob de păpușoiu i-a scăpat pe gât și nu poate să-l elimine prin tuse afară. Accidentul a avut loc acum cinci zile. Prezentarea la clinică s'a făcut în ziua de 14 Ianuarie 1943.



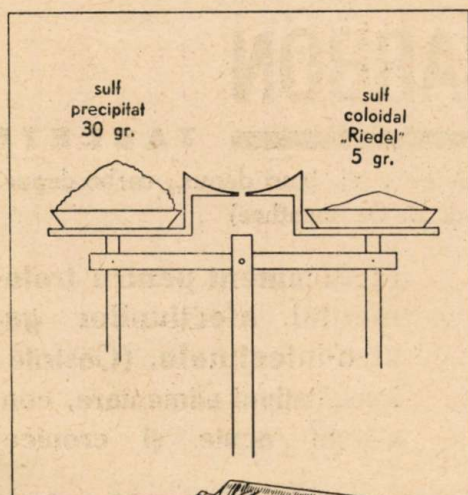
Baza biologică
a rezistenței
în
TUBERCULOZE

Cholibiol

FOST BIOCHOLINE
CHLORHYDRATE DE CHOLINE R. & C.
pentru injecții subcutanate.
După lucrările: Prof. J. CARLES și Dr. F. LEURET
Singurul preparat sub controlul fiziologic și terapeutic al autorilor
Laboratoarele: **ROBERT & CARRIÈRE**
— 1, Avenue de Villars. — PARIS (VII-e) —
DEPOZIT PERMANENT: „DROGUERIA STANDARD” S.A.R., BUCUREȘTI I, SF. IONICĂ, 8

CATAMIIN

conține **SULF COLOIDAL**



Grație concentrației mici se evită iritațiunile.

Acțiunea puternică este asigurată prin dispersiunea în particule mici.

Indicațiuni:

Scabie
Pitiriază
Eczeme
Prurigo
Intertrigo
Acnee



Forme de prezentare: Tuburi de 30 și 55 gr.

J. D. RIEDEL E. de HAËN, A.-G. BERLIN-BRITZ

Reprezentant pentru România: **RUDOLF FOREK**

București III, Str. G-ral Eremia Grigorescu, 6



MYKOCID

TINCTURĂ

(Combinație de jod și fuxină)

Micozicid puternic, cu
acțiune rapidă și eficace

Flacon original cu 50 gr.



SENNA-CARBON

TABLETE

(Combinație de folia sennae plv., fel. tauri depur., carbo depur.,
sulfur. depur., ol. foeniculi B. Ol. menthae)

Medicament pentru trata-
mentul afecțiunilor ga-
stro-intestinale. (Gastrite -
intoxicațiuni alimentare, con-
stipații acute și cronice)

Cutia orig. cu 100 tablete

Fabrica HYGEA-CLUJ S. A. R. București

Splaiul Unirii 127

Telefen 4.22.44

Observând copila, constatăm că este bine conformată și că este liniștită. Respirația este calmă. Părinții spun însă că din când în când este prinsă de accese de tuse în salve, cari o duc la epuizare, fără ca boaba să iasă din gât. Din momentul pătrunderii în gât a acestei boabe, fetița nu mai primește decât alimente lichide, refuzând altă alimentație. Accesele de tuse cu caracter expulsiv inutil sunt atât de violente, încât părinții spun că ele dau impresia că fetița este gata să-și piardă viața. — Cum o examinare radioscopică în după amiaza zilei în care s'a prezentat fetița în clinică nu se putea face, bazați pe antecedentele clare povestite de părinți, am trecut imediat la traheo-bronhoscopie.

Traheo-bronhoscopia s'a executat cu tubul tip Haslinger, fără anestezie locală. Imediat ce am pătruns la nivelul glotei, am avut impresia că zărim bobul de păpușoiu situat în subglotă. Cum însă a trebuit să împingem tubul înainte și cum imaginea prin tubul strămt nu era clară, am crezut că ne-am putut înșela, luând imaginea unui arc cartilaginos traheal drept corpul străin. De aceea am cercetat traheea în jos până la pintene, fără rezultat. Apoi am inspectat bronhia dreaptă și bronhia stângă, deasemeni fără rezultat. Voiam tocmai să scoatem tubul încet pentru a recontrola retrospectiv traheea, când ajunși în treimea inferioară a traheei, zărim de astă dată cu certitudine corpul străin. Este vorba de un bob de păpușoiu, care joacă la nivelul pintenului traheal și care cade apoi în bronhia dreaptă. Il urmărim cu bronhoscopul în această bronhie unde se fixează, apoi îl prindem și îl extragem cu o pensă potrivită, cu brațele de prehensiune late. Extragerea s'a făcut dintr'odată, în întregime, fără fragmentare.

Învățămintele clinice cari reies din această observație, nu pot fi trecute cu vederea. Întâi, este vorba de o sămânță vegetală, care probabil tot timpul se mobiliza în trahee în raport cu mișcările respiratorii, isbind glota și determinând în acest moment salve de tuse expulsivă infructuoasă, citate de părinții fetiței. Este totuși de remarcat cum acest copil n'a făcut o ciză de spasm glotic prelungită care i-ar fi putut determina de altfel sfârșitul, cu toate că a menținut în trahee un bob de păpușoiu mobil timp de cinci zile. Se știe că aceste spasme sunt posibile la corpii străini ai căilor aeriene, chiar atunci când ei nu oblitesc complet aceste căi aeriene. Este de remarcat deasemeni că cinci zile n'au fost suficiente în cazul de față ca să producă tumefacția hidrofilă și deci inclavarea bobului de păpușoiu în bronhii. Ori, se știe că semințele vegetale au nefastul privilegiu de a absorbi apa din regiunea în care cad, tumefiindu-se și inclavându-se în plin canal bronhic, obliterând astfel complet capătul inferior al bronhiei respective. De aici chiar o anumită gravitate a acestui gen de corpi străini ai căilor aeriene.

În fine mai remarcăm faptul care ține de operațiunea bronhoscopică în sine și anume: tubul a trecut peste sămânța de păpușoiu la început și nu a descoperit-o decât când era vorba să se extragă definitiv tubul de examinare. Aceasta înseamnă că unii corpi străini mobili, chiar de dimensiuni apreciabile, cum este o boabă de păpușoiu, poate să se ascundă între pereții traheei și tubul de explorare. Dacă am fi extras repede tubul, sigur am fi putut crede momentan că nu este vorba de un corp străin, deși antecedentele clinice erau evidente. De aceea o examinare atentă a întregului arbore respirator este indicată și necesară când corpul străin nu apare dintr'odată sau când e pierdut din vedere dela primul moment, ca în cazul nostru de mai sus. Prin urmare, nu numai banii pot să se ascundă în anumite plici ale esofagului, tubul esofagoscopic putând atunci trece peste ei fără să-i observe, ci și unii corpi străini traheali. Se știe, de altfel, că arcurile cartilagiinoase traheale în partea posterioară a traheei lipsesc. Peretele traheal se poate lăsa deprimat aici pentru a ascunde un corp străin de genul amintit, tubul putând trece peste acest corp străin în jos

spre bronhii. Iată, prin urmare, o serie de considerațiuni, a căror importanță în acest act operator al bronhoscopiei nu poate scăpa din vedere nici unui endoscopist avertizat. Aceste motive sunt acelea cari ne-au dat impulsul să expunem cazul acesta de altfel destul de serios prin el însuși dacă intervențiunea endoscopică de ablație nu se execută la timp.

Cât privește problema radiologică a acestor corpi străini vegetali, ea este variabilă. În cazul nostru credem că explorarea radiologică nu ne-ar fi dat nici o indicație utilă din cauza permeabilității corpului străin la raze. Dacă acest bob vegetal ar fi fost inclavat în bronhii, radiologia ne-ar fi putut da indicațiuni scoase din starea lobului pulmonar subjacent obstrucției (atelectazie ori infecție infiltrativă). Această eventualitate n'a fost cazul observațiunii noastre clinice expuse mai sus. Explorarea noastră bronhoscopică ne-a servit în același timp și pentru fixarea diagnosticului, și pentru tratamentul afecțiunii, adică extragerea corpului străin.

Prof. Dr. M. Hângănuț: Tratamentul trombarteritei obliterante prin atmosferă gazoasă de acid carbonic.

Frecvența relativ mare a acestei afecțiuni întâlnită la Sibiu — 21 cazuri în 1¹/₂ an — determină pe autor să se ocupe de tratamentul acestei boli. După expunerea unor considerațiuni etiopatogenetice desprinse din observațiunea acestor cazuri, se insistă asupra tratamentului medicamentos și fizioterapeutic. Prin probe evidente de vindecare a unor cazuri foarte grave se arată eficacitatea tratamentului cu atmosferă gazoasă de acid carbonic. Se demonstrează aparatul imaginat și întrebuințat în clinica balneologică.

Dr. I. Petrescu: Lipsa arterei ombilicale la un anencefal cu rachischisis cervical.

Autorul comunică acest caz, dată fiind simultaneitatea de anomalii în cele 3 organe de existență fetală: placenta prezentând o zonă centrală atrofiată (8/6 cm.) fătul — un anencefal — (sex feminin 2880 gr.), iar cordonul ombilical având lipsa arterei ombilicale dela emergența sa din artera hipogastrică.

Constatarea zonei atrofiate din placenta a determinat pe autor să cerceteze dacă nu ar fi o anomalie vasculară și în cordon, ceea ce a fost confirmat prin examenul histopatologic și anatomic — artera ombilicală lipsind pe întreg traectul cordonului până la emergența sa.

Autorul crede că această anomalie vasculară și de nutriție placentară ar fi putut produce turburări în dezvoltarea embrionului. Această anomalie triplă feto-placentară este de o raritate excepțională și în literatură medicală nu se găsește amintită.

Dr. I. Petrescu: Un caz de nevroză traumatică vindecată în doze masive de foliculină.

Autorul comunică un caz de nevroză traumatică care prezenta tremurături ale membrului superior stâng datând de 3 săptămâni. Medicațiile obișnuite administrate în asemenea cazuri (fero-arsenicale, fizio-terapie) nu au putut deloc influența intensitatea tremurărilor.

Autorul plecând dela ideea că hormonul folicular este și un hormon trofic celular, pe de altă parte intervenind în restabilirea echilibrului neuro-vascular, a administrat doze masive de hormon folicular 50.000, obținându-se dispariția completă și definitivă a tremurărilor la un interval de 20 minute dela injecție. Autorul administrând acest hormon și în cazurile de hemiplegie a obținut ameliorări importante asupra semnelor fizice și funcționale, trăgând concluzia că dispariția tremurărilor și turburărilor vasculare locale dela acest caz de nevroză ar fi putut fi datorită administrării hormonului folicular.

I. Philipowicz: Splină flotantă cu chist.

Bolnava în vârsta de 30 de ani a suferit acum cinci ani de pielită, acum un an de paludism. În Aprilie crt. a avut timp

de o săptămână febră mare și intense junghiuri în regiunea lienală. În urma medicației cu chinină temperatura și durerile au dispărut.

Acum șase săptămâni s'au ivit dureri surde în abdomen, urmate după scurt timp de crize de dureri extrem de violente, de scurtă durată și fără temperatură, totodată bolnava observă în regiunea hipogastrică, de partea stângă, o tumoare care la început avea mărimea a doi pumni și care se mări în urma violentelor crize dureroase; totodată începu și dislocarea tumorii care se ivi rând pe rând în partea de jos și de sus a abdomenului și chiar în regiunea hipochondriacă dreaptă. Cele mai neplăcute fenomene se ivesc în urma eforturilor fizice și a mișcărilor.

Bolnava se internează cu diagnosticul de chist ovarial cu torsiunea pedunculului lung. Starea de nutriție foarte bună, nu este anemică, ciclul menstrual regulat. În regiunea hipochondriacă dreaptă se află o tumoare de mărimea unui cap de copil, rotundă, solidă-elastică, care nu este dureroasă la palpare și care se poate disloca ușor până în regiunea hipochondriacă stângă.

Operațiunea se face în anestezie lombară. Tumoarea se află în prezent în linia mediană, ceva mai sus de umbilic. Imediat după deschiderea cavității abdominale iese la iveală un corp chistic care însă este de o culoare mai închisă decât un chist ovarial, având o nuanță verzue. La polul superior al acestui chist apare splina mult mărită, hiperemică și întinsă. După mărirea deschizăturii până deasupra umbilicului ajungem fără dificultăți la pedunculul lung care mai are și câteva vene hilare hipertrofice. Se face ligatura și splinectomia. Vindecare fără piedici.

Preparatul este de mărimea unui cap de copil, constând în cea mai mare parte din splina mult mărită și hiperemică; cu partea hilară, splina șade pe un chist ceva mai mic și întins. Conținutul chistului iese sub presiune mare; macroscopic de culoare brună închisă, cu reacția chimică pentru sânge intens pozitivă. La microscop se văd pe lama necolorată numai puține hematii intacte, în parte ratatinate, pe lângă aceasta fărâmituri celulare. Pe lama colorată nu se găsesc bacterii.

Din punctul de vedere histologic peretele chistului constă din fibre conjunctivale colagene, orânduite în mănunchiuri undulate. Nu se găsesc de fel celule epiteliale sau nuclei colorabili. Pe peretele interior se găsesc în cantitate mare masse necrotice impestrițate în parte cu pigmenți de sânge.

Or, este vorba de forma cunoscută a chistului de sânge al splinei, ceea ce denotă o ruptură traumatică intracapsulară a pulpei urmată de o hemoragie și formarea unui chist. Este vorba deci de un pseudo-chist, deoarece peretele lui nu posedă o căptușală endotelială sau epitelială ca limfangiomele și hemangiomele sau adenomul chistic. În cazul nostru, formarea acestui chist se poate explica în felul următor: splina m'alerică tinde mai ușor la hemoragii decât cea normală, chiar și în urma unor traumatisme neînsemnate. Ar fi posibil că durerile intense în regiunea splinei ce le-a acuzat bolnava în antecedentele ei cu ocazia crizei paludice suferită în Aprilie, adică acum... luni, să fi fost expresia unei hemoragii cu capsula întinsă. Splina mărită și grea a început acum să se deplaseze și a suferit mai multe torsiuni ale pedunculului, torsiuni care la rândul lor au dat din nou prilej la hipe-remii și hemoragii. S'ar putea însă ca splina să nu fi prezentat la început nici o hemoragie, ci ca aceasta din urmă să se fi produs numai în urma torsiunilor, ceea ce ar putea explica creșterea rapidă a tumorii.

Fără îndoială, un examen ginecologic făcut în prealabil ar fi anihilat diagnosticul de chist ovarial, pus de medicul curant. În orice caz este interesant că tumoarea era așa de mobilă și se găsea cu predilecție în partea de jos a abdomenului, ceea ce, împreună cu chistul, putea lesne să dea impresia unui chist ovarial cu pedunculul lung și în torsiune. Lipsa de aderențe a făcut posibil acest fenomen.

În bibliografia, din păcate redusă, care-mi stă în prezent la dispoziție, găsesc un caz descris de M. Constantinescu și A. Alexandru (în Zentralblatt f. Chirurgie Nr. 44/1937); și în acest caz profesorul Iacobovici a extirpat prin laparatomie subombilicală un chist lienal sub diagnosticul unei tumorii ovariene în torsiune.

Revista cărților

Manual de dactiloscopie de Dr. Valentin Sava (în Bibl. Inst. medicolegal Prof. Dr. M. Minovici); 125 pag., 32 fig. f. elocvente. Autorul închină lucrarea sa fostului său maestru prof. Dr. M. Minovici. Dr. V. Sava este unicul desăvârșit specialist în țara noastră în dactiloscopie, această infailibilă metodă de identificarea omului.

În afară de prefață găsim în lucrarea sa clar expuse și într-o limbă aleasă: Istoricul metodelor de identificare judiciară; proprietățile identificative ale impresiunilor digitale; studiul desenurilor papilare; dactiloscopia în practica criminalistică; identi-

ficarea prin dactiloscopie a cadrelor necunoscute și clasificările mo și deca dactilare.

Câteva expuneri de cazuri de identificări de infractori cu nume schimbat, prin dactiloscopie și o bibliografie, încheie lucrarea aceasta extrem de improtantă și unică în literatura noastră medicolegală.

Lucrarea e de folos mai ales medicilor, advocaților și juriștilor.

Dr. Od. Apostol

Note și informațiuni

In Monitorul Oficial Nr. 193 din 19 August 1943, s'a publicat Decizia ministerială Nr. 37.789/1943, privind înființarea pe 1 Noembrie 1943 a Sanatorului de tuberculoză în barăci, în Satulung jud. Brașov, cu 250 paturi.

In Monitorul Oficial Nr. 196 din 23 August 1943, s'au publicat vacante: postul de medic primar al Sanatorului T. B. C. Câmpeni, jud. Turda, postul de medic primar chirurg la spitalul „Gh. Mârzescu” Brașov și medic primar specialitatea dermatovenerice la Ambulatorul policlinic din Craiova.

In Monitorul Oficial Nr. 197 din 24 August 1943, s'a publicat concurs pentru ocuparea postului de medic primar al serviciului IV psihiatrie dela spitalul central de boli mintale și nervoase București, pentru ziua de 23 Sept. 1943, la București, localul Min. Sănătății.

In Monitorul Oficial Nr. 198 din 25 Aug. 1943, s'a publicat Decizia Ministerială Nr. 39.604/1943, prin care d-l Dr. Alexandru Pop, profesor de Clinică chirurgicală la Facultatea de medicină Cluj-Sibiu, a fost numit provizoriu, medic primar director la Institutul pentru studii și profilaxia cancerului Sibiu, pe 1 Septembrie 1943.

In Monitorul Oficial Nr. 200 din 27 August 1943, s'a publicat mișcarea făcută în personalul tehnic pendinte de Min. Muncii, Sănătății și Oert. Sociale:

D-l Prof. Dr. C. Urechia, profesor de clinică neuro-psihiatrică la Facultatea de Medicină Cluj-Sibiu, a fost numit medic primar definitiv la Serviciul clinic de neuro-psihiatrică dela spitalul de boli mintale și nervoase Sibiu.

D-l Dr. Onoritu Ganea, medic definitiv de circumscripție urbană la Sighișoara a fost numit definitiv, medic șef al orașului Sighișoara, în post vacant.

D-l Dr. Oprîșescu Șerban, se încadrează definitiv ca medic primar, în specialitatea tuberculoză, la spitalul de boli pulmonare din Brașov.

D-l Dr. Plauchîștu Ioan se numește definitiv, după cerere în postul de medic primar radiolog la spitalul din Lugoj.

D-l Dr. Pinte Valeriu, se transferă definitiv în postul de medic al circumscripției Vulcan, jud. Hunedoara.

Prin Decizia minist. Nr. 2302/1943, publicată în același monitor, Dr. Octavian Oprian, a fost numit medic primar definitiv al județului Sibiu, pe baza examenului de clasificare pentru medicii șefi de județe din sesiunea Iunie 1943.

In Monitorul Oficial Nr. 201 din 28 Aug. 1943, s'a publicat Decizia ministerială Nr. 40.640/1943, pri-

vind punerea în funcțiune a Spitalului de boli pulmonare din Brașov, cu 150 paturi și contopirea cu spitalul „Gh. Mârzescu”, pe ziua 1 Septembrie 1943. Spitalul va fi condus în calitate de director cu titlu provizoriu de d-l medic primar Dr. Șerban Oprîșescu.

Prin Decizia minist. Nr. 36.897/1943, publicată în același Mon. Inspectorii generali sanitari regionali, precum și medicii șefi de județe vor exercita toate atribuțiunile de îndrumare, coordonare și control a serviciilor și instituțiilor de ocrotire din cuprinsul regiunii, respectiv a județului ce conduc.

In același Monitor, s'au publicat vacante posturile de: medic primar, specialitatea oftalmologie la Spitalul din Râmnicul-Vâlcea și postul de medic primar specialitatea boli interne, la spitalul din Slatina.

In Monitorul Oficial Nr. de mai sus, s'a publicat Decizia minist. Nr. 41.275/1943, prin care d-l Dr. Grigore Benetato, profesor de fiziologie și fizică medicală la Facultatea de medicină din Cluj-Sibiu, a fost numit provizoriu pe 1 Septembrie 1943, în postul de medic șef de laborator al centrului de transfuzie Sibiu.

Prin Decizia minist. Nr. 41.269/1943, publicată în Mon. Oficial Nr. 202 din 30 Aug. 1943, d-l Dr. Octav Todoran, a fost numit provizoriu pe 1 Septembrie 1943, medic al circumscripției sanitare rurale Doștat, jud. Sibiu.

Prin Decizia minist. Nr. 41.280/1943, Dr. Rădulescu Emil, medic prov. la circ. Ionești, jud. Vâlcea, se transferă după cerere pe 1 Septembrie 1943 la circ. Pâncota, jud. Arad.

In Monitorul Oficial Nr. 209/1943, s'a publicat înținerea examenului pentru recunoașterea dreptului de specialist în stomatologie, în ziua de 30 Septembrie 1943, la Clinica stomatologică de pe lângă Facultatea de medicină din București (spitalul Colțea).

In Monitorul Oficial Nr. 216 din 15 Septembrie 1943, s'a publicat următoarea mișcare în personalul tehnic superior:

D-l Dr. Ioan Micu, se numește provizoriu în postul de medic secundar al secției de chirurgie dela spitalul din Alud.

D-l Dr. Civică Aurel, se numește provizoriu în postul vacant de medic al circ. Bălșoara, jud. Turda.

D-ra Mercea Marla, se numește provizoriu în postul vacant de chimist stagiar la Laboratorul de igienă din Arad.

Locuri de medici șefi de laborator vacante

Pentru ca în fiecare județ din țară să funcționeze un laborator de igienă și de analize biologice, Ministerul Sănătății și Ocrotirilor Sociale urmează să înființeze în următoarele orașe câte un astfel de laborator de igienă:

Deva, Turda, Caracal, T. Măgurele, Giurgiu, R. Sărat, Bârlad, Vaslui, Huși, Roman, Fălciuceni, Tecuci și Botoșani.

În acest scop Ministerul Sănătății și ocrotirilor Sociale roagă pe medicii de laborator care ar dori să ocupe posturile de medici șefi ale acestor laboratoare ce se vor înființa, să se adreseze acestui Departament (Calea Plevnei 19) la cabinet.

Medicii șefi ai laboratoarelor ce se vor înființa vor beneficia de un salariu de Lei 16.000, de o primă de reședință de Lei 10.000, de diurnă de transport de Lei 8000 și vor primi cotele de 4 la sută din taxele de analiză.

În conformitate cu dispozițiunile legii de organizare sanitară a Statului, medicii șefi de laborator care vor desfășura o activitate meritorie vor primi o primă de activitate mergând până la 50 la sută din salariul bugetar brut.

În centrele unde laboratoarele vor funcționa în spitale sau în clădiri spațioase se va pune la dispoziția medicilor șefi de laborator și locuința.

Laboratoarele ce se vor înființa vor fi înzestrate de Ministerul Sănătății și Ocrotirilor Sociale cu toate aparatele și materialele moderne și cu tot utilajul necesar funcționării în cele mai bune condițiuni și vor fi instalate în clădiri bine amenajate.

Congresul de chirurgie

Al XI Congres Național de Chirurgie va avea loc între 8—10 Noiembrie a. c. la București, în Amfiteatrul cel mare al Facultății de Medicină având la ordine de zi următoarele rapoarte:

1. Vitaminele în chirurgie.

Raportori: Profesor I. Nițescu și Dr. T. Burghel.

2. Chirurgia splinei.

Raportori: Profesor Alexandru Pop și Vl. Buțureanu.

3. Șocul post operator.

Raportori: Dr. A. Popovici și Gh. Dinischiotu.

Domnii membrii care doresc se facă comunicări sunt rugați să-și anunțe titlul comunicării până la 15 Septembrie a. c.

Pentru orice informațiuni a se adresa d-lui Dr. Topa, Secretar General, 11 Iunie 17.

Aviz pentru bolnavii diabetici

În conformitate cu adresa Nr. 36.433 din 11 August 1943, a Direcției Mediciniei Curative din Ministerul Sănătății și Ocrotirilor Sociale, se comunică:

Ministerul, constatând că o bună parte dintre bolnavii diabetici n-au avut posibilitatea de a se înscrie la timp pentru obținerea cartelei pentru insulină, roagă să se facă o largă propagandă printre personalul medical și bolnavii de diabet în vederea înscrierii pentru recensământul ce se continuă. În acest scop, bolnavii se vor adresa Clinicilor medicale de pe lângă Facultățile de medicină, precum și Serviciilor de Boll Interne ale Spitalelor județene.

Se vor anunța atât diabeticii care au nevoie de tratament insulinic, cât și cei care nu au nevoie de tratament insulinic.

Congresul societății române de oto-rino-laringologie

Societatea română de oto-rino-laringologie va ține în zilele de 26 și 27 Octombrie 1943, cel de al 21-lea congres științific în amfiteatrul cel mare al Spitalului Colțea din București.

D-nii membri ai societății, precum și toți d-nii medici cari doresc să ia parte la lucrările acestui congres sunt stăruitor rugați să-și anunțe din timp participarea, trimițând subiectul lucrărilor ce vor prezenta d-lui doctor *Mihai Lazeanu*, secretarul general al societății, pe adresa: București, strada Frumoasă Nr. 29, telefon 4.29.69.

Redactionale

Costul anual al abonamentului la revistă
este de Lei 1000. Pentru autorități 200 Lei.
Costul unui număr este 200 Lei. — Abona-
mentele se plătesc anticipativ prin mandate
poștale pe adresa: Administrația Ardealul
Medical, Clinica ginecologică și obstetricală,
Cluj-Sibiu, strada Haller 1.

Toată corespondența referitoare la chestiuni de redacție și administrație se va adresa: Clinica ginecologică și obstetricală Cluj-Sibiu, str. Haller Nr. 1.

Revistele generale și articolele originale vor fi publicate întregi. Nu se admit articole cu urmare. Articolele nu vor depăși 4 pagini de revistă. Costul tiparului peste 4 pagini va fi suportat de autor, 1500 Lei pagina.

Domnii abonați sunt rugați să anunțe la timp schimbarea domiciliului, pentru a evita orice neînțelegere în legătură cu expedierea revistei.

Anunțurile se angajează direct prin Administrația revistei cu tariful următor:

In interiorul revistei 1 pagină 3000 Lei, 1/2 pagină 1600 Lei

Paginile de pe copertă și fixe au tarif special.

Pentru encartage se plătește 1 Leu de fiecare inserat.

Pentru anunțuri plasate pe pagina recto se socotește un plus de 30%.

Pentru anunțuri periodice (băi, staț. balneare, staț. climaterice etc.) se plătește un plus de 50%.

Autorii vor prezenta odată cu articolul și un mic rezumat în românește, franțuzește și nemțește.

Costul extraselor îl privește pe autor și jumătate din el se trimite deodată cu manuscrisul pe numele tipografiei, care altfel nu e obligată a face extrasele.

Se refuză articolele de critică și polemică ce vizează persoane, ca și articolele cari au fost deja publicate într-una din revistele din țară.

Recensiile articolelor originale vor fi scurte (maximum 15 rânduri tipărite, aprox. 30 rânduri scrise). Ele vor începe cu titlul lucrării în românește, titlul original (în paranteză), autorul, revista, numărul revistei, pagina și anul.

Toate manuscrisele vor fi dactilografiate.

Costul clișeeilor privește pe autori și vor fi comandate de autori după formatul revistei.

Tabloul de prețuri al extraselor pe formatul 8^o valabil dela 1 Aprilie 1943.

Numărul paginilor	Extrase pe hârtie satinată de tipar		Coperta obicinuită hârtie culoare										Observație	
	Primele 25 exemplare	Următoarele 25 exemplare	25	50	100	150	200	300	Peste 300 ofertă					
e x e m p l a r e														
L e i			L e i											
4	550	80	455	520	585	650	720	975	—	—	—	—	1 pagină din revistă co- respunde cca. la 3 pagini din extras.	
8	730	120												
12	1270	195												
16	1260	190												
Extrase pe hârtie velină			Copertă groasă colorată										Pentru fiecare clișeu se va socoti în plus 30 Lei.	
4	560	90	520	650	910	1170	1430	1950	—	—	—	—		Tablourile etc. lipite la extrase se vor socoti în plus.
8	780	145												
12	1340	235												
16	1330	230												

SANEDRINE

Efedrină levogiră

**TERAPEUTICĂ
ANTIALERGICĂ**

ASTM

**RINITE SPASMODICE
BRONȘITE CRONICE**

URTICARIE

**PRURIT, MIGRENELE
HEPATO-BILIARILOR**

**PREVENIREA
ACCIDENTELOR SERICE
HIPOTENSIUNE
POST-OPERATORIE
ASTENII
POST-INFECȚIOASE**
Comprimat de 0,025 gr.

OBETTE
ZÉAU

**SOCIÉTÉ PARISIENNE
D'EXPANSION CHIMIQUE**

SPECIA

**MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHONE
21, RUE JEAN GOUJON - PARIS**

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL — SIBIUL MEDICAL

Anul XXIV

Anul IX

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICA

Anul VII

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Organ Oficial al Facultății de Medicină din Cluj-Sibiu, Societății Științelor Medicale din Cluj-Sibiu
Inspectoratului General Sanitar Sibiu și al Colegiilor Medicilor din Inspectoratul General Sanitar Sibiu

COMITETUL DE REDACȚIE:

Prof. Dr. I. Aleman, Prof. Dr. V. Baroni, Prof. Dr. Gr. Benetato, Prof. Dr. V. Bologa, Prof. Dr. Gh. Buzoianu, Prof. Dr. C. Crișan, Dr. I. Cosma, Prof. Dr. L. Daniello, Dr. I. Fabritius, Doc. Dr. O. Filipescu, Prof. Dr. I. Goia, Prof. Dr. C. Grigoriu, Prof. Dr. M. Hângănuț, Prof. Dr. I. Hațieganu, Dr. L. Ionașiu, Prof. Dr. M. Kernbach, Prof. Dr. I. Manta, M. Manta, Dr. C. Manta, Prof. Dr. D. Michail, Prof. Dr. I. Moldovan, Prof. Dr. D. Negru, Prof. Dr. V. Papilian, Prof. Dr. Al. Pop, Prof. Dr. R. Popa, Prof. Dr. Gh. Popoviciu, Conf. Dr. Tr. Popovici, Dr. A. Popu, Dr. Gh. Preda, Prof. Dr. S. Secăreanu, Prof. Dr. I. Stoichiția, Prof. Dr. M. Sturza, Dr. I. Sturza, Prof. Dr. C. Tătaru, Prof. Dr. E. Teșosu, Prof. Dr. C. Urechia, Dr. L. Ursu, Prof. Dr. T. Vasiliu, Prof. Dr. C. Velluda.

DIRECTOR:

Conf. Dr. I. GAVRILĂ

REDACȚIA
ȘI ADMINISTRAȚIA

Clinica ginecologică și
obstetricală Cluj-Sibiu,
str. Haller Nr. 1

Telefon 45



Inviorare intelectuală,
creșterea sentimentului de forță prin
acțiune hormonală fiziologică, prin

TESTOVIRON-T

Terapie hormonală
transcutanată

Cercetări experimentale și clinice au dovedit
că, întrebuițând o soluție potrivită, Testo-
viron-ul T este absorbit admirabil prin piele.

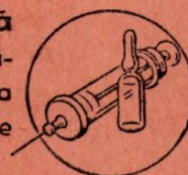
TESTOVIRON-T

Un ambalaj conține 50 mg
de hormon, mai mult deci
decât poate fi extras din
500 Kg. de testicul de taur.



Aplicațiunea transcutanată

de 2 ori 15 picături zilnic, timp de 1 săptămână are acelaș efect ca și administrarea
intra-musculară de 2 ori 5-10 mg. pe
săptămână.



SCHERING A.G. BERLIN

Codere, București, Str. Clemenceau 6

Of. Reg. Com. 892/933.



Impotriva turburărilor menopauzei

Klimakton «Knoll»

Influențând simultan sistemul glandular și cel nervos, modificările fiziologice ale organismului devin suportabile.

Tuburi cu 20 dragee
Flacoane cu 50 dragee
De 3 ori pe zi câte 1-2 dragee,
se vor înghiți nemestecate.



KNOLL A.-G.
LUDWIGSHAFEN/RIN.

Eșantioane și literatură prin:
»KNOLL« S.A.R.
Produse chimico-farmaceutice
Str. Atena 29, București III.





ANTISCORBIN

Produs de vitamină „C” (L-Ascorbinat de sodiu):

Injectii:	0,05/1	cmc.	—	cutia	cu	10	fiole
”	0,10/2	”	—	”	”	5	”
”	0,50/5	”	—	”	”	3	”
Tablete:	0,05			tubul	cu	12	tablete

BEVITAMIN HyGEA

Produs de Aneurin, Factorul „B₁”:

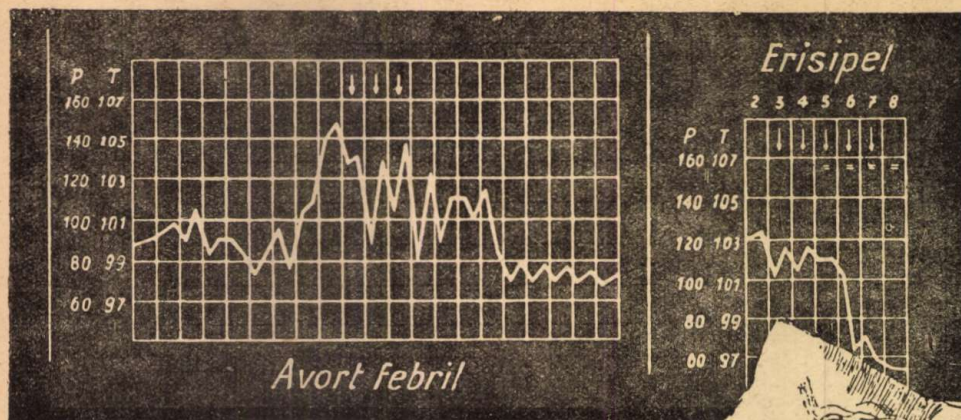
Injectii:	0,005/1	cmc.	—	cutia	cu	3	fiole
”	0,005/1	”	—	”	”	6	”
”	0,025/1	”	—	”	”	3	”
Tablete:	0,003			tubul	cu	20	tablete

FOLLICULIN HyGEA

Soluție oleioasă de Dihydrofoliculin Benzoic:

Injectii:	10.000	.U. I.	cutia	cu	3	fiole	1	cmc.
”	10.000	.U. I.	”	”	6	”	1	”
”	50.000	.U. I.	”	”	3	”	2	”

FABRICA HYGEA-CLUJ S. A. R. BUCUREȘTI
SPLAIUL UNIRII 27 **TELEFON: 4-22-44**



Prontosil

In toate **infecțiunile streptococice**. Activ
și în infecțiunile stafilococice și colibacilare

Important, în erisipel, angină, septicemie
port partum, avort septic, artrite infecțioase,
cistite și pielite.

Admis și întrebuințat în Serviciile Casei
Asigurărilor Sociale în România

»Bayer«



LEVERKUSEN

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXIV

— SIBIUL MEDICAL

Anul IX

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICA

Anul VII

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

SUMARUL:

Problema axiologică a medicinei curative:

M. Kernbach: Dreptul de a vindeca în cadrul teoriilor patologice	Pag. 455
Dr. Alexandru Ciplea: Pro domo...	" 462

Articole științifice:

Prof. Dr. C. I. Urechia, Dr. T. Dragomir și L. Dragomir: Tabes cu ataxie la doi frați . . .	" 464
Prof. Dr. C. C. Velluda și Dr. C. V. Antonescu: Noi cercetări farmacodinamice asupra acidului l-ascorbic pe inima izolată de broască	" 466
Dr. I. Macavei: Un caz de ginecomastie	" 470
T. Spătaru, P. Radu și V. Baican: Obstrucția canalului cistic prin ascarizi	" 473
O. Fodor: Hemoragie meningeală într'un caz de nefrită acută	" 476
Dr. C. Meșianu, Dr. O. Munteanu și Dr. G. Faur: Un caz de Ciroza Cruveilhier-Baumgarten	" 478

Medicină de războiu:

Dr. Ticușan Pavel, Dr. Mihai Tiberiu, Dr. Țabac Miron: Activitatea unui post de ambulanță divizionară în atacul dela Sevastopol 8-28 Iunie 1942; considerațiuni asupra rănilor abdominale	" 481
---	-------

Probleme terapeutice:

Dr. O. Borcoman și Dr. A. Dumitrescu: Considerațiuni asupra simfizării pleurelor prin glucoză și tinctură de iod	" 483
--	-------

Societăți medicale " 486

Societatea Științelor Medicale din Cluj-Sibiu - Societatea Medicală a Spitalului Militar Sibiu

Revista cărților: " 492

Elemente de istologie și tehnică microscopică, de Prof. Ion Drăgoiu. — Bolile endocrine, de Prof. Dr. H. Curschmann. — Experiență clinică și istologică cu transplantarea de cornee, de Prof. Dr. J. Imre.

Revista revistelor " 493

Note și informațiuni: " 453

Decrete, ~ Deciziuni.

† Dr. C. A. Vasilescu (12 Martie 1912 - 19 Decemvrie 1942)	" 494
--	-------



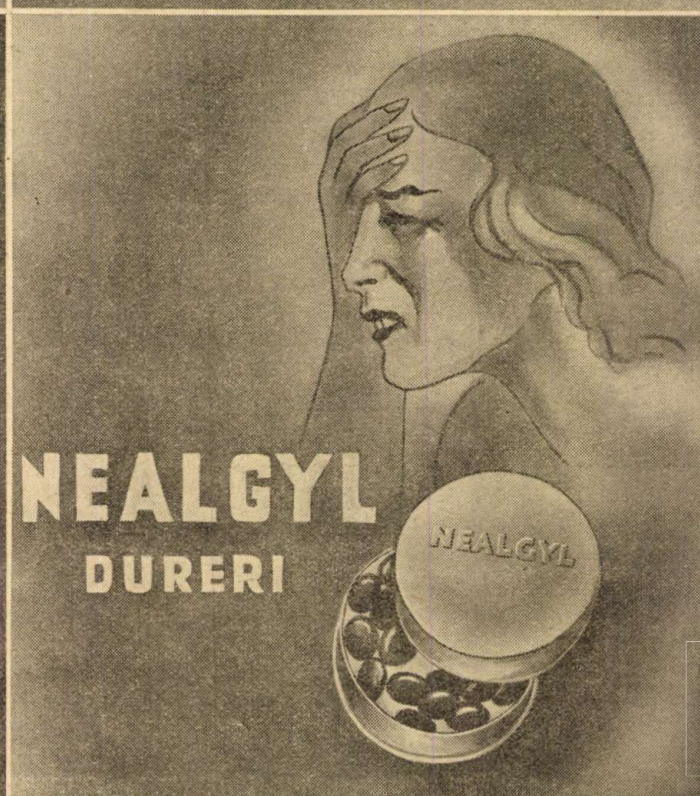
NEOL
ANGINE
ULCERATIUNI



NEOLIDES
CERVICITE
VAGINITE



CODOFORME
TUSE



NEALGYL
DURERI

LABORATOIRES BOTTU PARIS

Reprezentant
pentru România
**LABORATORUL
FARMACEUTIC**



"LUTEȚIA" S.A.R.
STR. TOAMNEI 103
BUCUREȘTI III
TELEFON 1.38.15

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXIV

SIBIUL MEDICAL

Anul IX

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICA

Anul VII

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Problema axiologică a medicinei curative

Dreptul de a vindeca în cadrul teoriilor patologice

de

M. Kernbach

(Continuare din Nr. 10)

Dacă ar fi să trecem în revistă partenerii sistemului de regulație al organismului, în ceea ce el are mai fundamental și mai caracteristic, vom trebui să începem mai întâi cu psihicul.

Psihicul. Evident că nu ne vom ocupa de întreg psihicul omenesc. Dar pentru înțelegerea procesului morbid și mai ales pentru înțelegerea trecerii unei turburări psihice în una organică sau invers, suntem datorți să pătrundem în mecanismul psiho-organic, adică acel mecanism care face ca efectele ce nasc în organism și se confundă din nou în el, care face trecerea nesimțită de la imponderabil la ponderabil și măsurabil. Este unicul ce ne poate explica, poate, procesul psihogenetic și foarte probabil — cum spune Bergson — că „la nivelul substanței cenușii spiritul se inseră pe materie”.

„Ceea ce numim psihism, ar putea fi conceput ca suma algebrică a evenimentelor care se desfășoară relativ în sfera vegetativă și în sfera relației” (35).

Din faptele pe care le știm, totul se limitează la mecanismul automat al proceselor neuro-hormonale și hormono-nervoase. Reîncarnarea senzațiilor, ca și zona în care ele răsar în organism sau în care ele se confundă din nou în organism, traduse prin manifestări corporale, pentru a le modifica acțiunea, scapă datelor biologice.

Solicitările hormono-nervoase și modificările neuro-hormonale se integrează în viața psihică a animalelor și a oamenilor, în ceea ce ea are mai fundamental: instinctele. Experimental la animale: goana, instinctul sexual matern, migrația păsărilor sunt datorită proceselor hormonale, pendinte la rândul lor de stimulenți externi (lumina).

Dar relațiile intime între mecanismul neuro-hormonal și hormono-neural și între psihism sunt pe deplin dovedite prin analiza fenomenului emoțional. Într-o emoție completă și netransformată de elemente psihice intercurrente, întâlnim trei momente ce se succed foarte rapid: Percepția în imagini, un ansamblu de modificări vegetative percepute de conștiință și o expresie somatică (eventuală) a emoției. Obiectul care provoacă emoția poate fi actuală, eronată sau inventată. Expresiile vegetative ale emoției sunt: horripilația, bradicardia, paloarea sau roșeața pielii, dilatarea pupilei, modificarea ritmului respirator, circulator, mișcarea viscerelor, lacrimile etc. Expresia somatică a emoției se poate traduce prin gesturi (fugă, înmulțirea picloarelor, strigăt sau inhibiția vorbirii), care pun în joc sistemul neuromuscular al vieții de relație. Aceste manifestări pot fi interzise de voință sau să apară spontan. Elementul central și necesar al emoției, este ansamblul fenomenelor vegetative și fenomenele conștiinței pe care le determină. Elementele neuro-efectoare ale reflexului emoțional sunt: scoarța cerebrală (prin receptorii și căile senzoriale aferente ei), pătura optică (pe calea centrifugă), apoi corpul striat care ține sub dependența lui organele somatice ale expresiei, centrul neuro-vegetativ al hipotalamusului și apoi glandele endocrine.

„Tumultul diencefalului este adevăratul punct de plecare al unei emoții. Talamusul e legat prin căile eferente de corpul striat, de scoarța cerebrală și de centrul vegetativ al diencefalului. Excitația emoțională va difuza în trei direcții: 1. spre aparatul striat, va pune în mișcare reacțiile motrice ale automatismului primar (nucleii motori ai trunchiului cerebral și ai măduvei), tradusă prin mișcări de adversitate, rezistență, fugă,

mastică, deglutiție, strigăte, mimică involuntară; 2. spre scoarță senzația revine încărcată cu un supliment de potențial afectiv; și 3. spre centrul neuro-vegetativ, prin care se provoacă reacții în sfera vegetativă, în special în domeniul glandelor endocrine" (35).

Reacțiile neuro-endocrinene ale emoției variază după glandă. Prin pituitara se obține canțile subită, vitiligo, diabet insipid; prin tiroidă (hipertiroidism) și supra-renala se obține hipertensiune, hiperglicemie, glicozurie, tremurături, stări diabetice. Efectele suprarenalinene ale excitațiilor emoționale, prin somațiunea lor produc în organism nu numai tulburări funcționale, ci chiar desordine lezionale. S'au neglijat factorii umani ai boalei. Ei intră azi prin poarte regulațiilor neuro-hormonale în domeniul clinicii, care singură „poate cunoaște aceste fruntări unde se poate trece de la organ la temperament și la personalitate, acest vast domeniu neuro-endocrinian unde se întemeiază valorile viscerale și intelectuale, voluntare și involuntare, raționale și iraționale" (P. Măurlac).

Se pot produce și emoții hormono-neurale (retrograde) prin injecții de hormoni, așa cum s'au produs prin extracte de tiroidă sau injecții cu adrenalină.

Prin explicația mecanismului emoțional, se explică totodată întregul mecanism al relațiilor creier-psihic și creier-organ. Dar ne mai explică pe de altă parte, trecerea unei tulburări psihice — reîncarnarea — în una psiho-fiziologică și de aci în una fizio-organică. Aceeași unitate psiho-fizică în stare de sănătate, ca și în cea de boală.

Sistemul nervos. Dela procesele cortexului, ne oprim la neuronii creierului intermediar în care sunt încartiruiți centrul total al vieții vegetative și pe care l-am amintit mai sus. Echilibrul termic, hidric, al presiunii sanguine, al circulației, al metabolismului, al respirației, al alimentației, ca și al menținerii constantelor, își află aci dispozitivele lor automate. Urmează în vecinătate, în relații foarte intime cu regiunea talamică, două glande, a căror secreție asigură creșterea și funcția sexuală, odată cu conducerea justă a celorlalte glande: hipofiza și epifiza.

Tot ce depinde de reglarea proceselor vitale se află aci împreună. Neuronii de aci sunt legați prin fascii puternice de fibre, cu celulele corticale (fibre dela cortex la medulară și invers).

Acest creier central, sediul reglărilor vitale, stă în relații și cu afectivitatea. El cere și cortexul cercetează mijloacele de realizare, comandă apoi organelor executorii, spre a îndeplini cerințele organismului spre menținerea echilibrului și a constantelor vitale.

Fundamentul unității psiho-cerebrale și cerebro-organice, îl deține deci sistemul nervos, considerat în ansamblul neuro-endocrino-umoral.

Avem două feluri de a ne exprima și înțelege acest sistem. Vorbim de un sistem nervos, care anatomic îl identificăm în creier, măduva spinării și nervii cerebro-spinali. În sarcina acestui sistem punem mișcările voince ale musculaturii, ale efectelor puterii noastre de voință, ale activităților noastre psihice, ale actelor noastre de conștiință sau subconștiință. Toate sunt producțiile unuia și aceluiasi sistem. Mai vorbim de sistemul nervos autonom, care „are drept funcție de a subordona activitatea viscerelor nervilor filiei VII, considerată ca un tot" (36). Marelui simpatic îl datorăm „bătărea perilor, dilatarea pupilei și acomodarea vederii în întuneric, vaso-construcțiunea care alungă sângele din abdomen spre nevrax, inimă, mușchi; el goleşte splina de hematii, el accelerează inima, deschide bronhiile, el varsă glucoza în sânge aliment al mușchilor, el oprește mișcările intenționate. Într'un cuvânt marele simpatic permite animalului de a se încorda într'un efort suprem și de a dispune de toate rezervele de energie, pentru atac sau apărare" (36).

Sistemul nervos vegetativ, divizat în simpatic și parasimpatic, regulează funcții inconștiente, necesare vieții interioare, așa cum cel nervos central regulează într'o oarecare măsură funcțiile conștiente, necesare menținerii vieții totale, în raport cu mediul intern și extern.

Sistemul nervos vegetativ este doar aparatul prin care creierul central regulează decursul proceselor organice.

Între aceste două sisteme există relații anatomice și funcționale, ele fiind legate una de alta. Dela creier până în părțile cele mai inferioare ale măduvei spinării celulele nervoase vegetative zac încartiruite în vecinătatea canalului central al sistemului cerebro-spinal, într'o unitate morfologică. Iar funcțional, o activitate voltă și conștientă, produce reacții complicate vasomotorii și procese metabolice, conduse vegetativ. Prin cursul ordonat al productivității conștiente și voince, este asigurat și reglarea funcțiilor inconștiente, datorită sistemului autonom simpatic-parasimpatic. Pentru a fi mai eficace, acest sistem dispune și de mediatorul chimic. Simpaticele e dublat de adrenalină, care are puterea de a se substitui fibrelor simpaticice (motrice sau inhibitoare), sau influxul simpatic e întărit pretutindeni de adrenalina sanguină. În același timp fibrele parasimpaticele produc secreția acetilcholinei în organele ce le activează.

Pretențiile organismului sunt transmise sistemului vegetativ pe trei căi: 1. prin excitații trimise din centrul creierului intermediar măduvei spinării; 2. prin excitații care curg prin căile fibrilare din interiorul corpului în măduva spinării; și 3. prin secreția glandelor interne și prin produsele metabolice (materii chimice), care sunt conduse de sânge nucleilor vegetativi (37).

„Neurovegetativul nu poate fi înțeles clinic, dacă nu se cuprinde și chimicul și chimiculul îl aparține tocmai ceea ce nervul produce la periferie, tot așa ca și ceea ce chimic, tocmai prin hormon, adică endocrin, se produce în apropierea ventriculului al 3-a al creierului. Neuralul și umoralul nu pot fi despărțite una de alta” (5).

Alături de sistemul *autonom*, *hormonii* joacă rolul principal în sistemul de regulație și de conducere al organismului. Insulele pancreatice conduc sistemul spre poziția parasimpatică, iar restul endocrinilor spre poziția simpatică. Membrii pendinți de hormon, vor lucra în același sens. Sunt manifestări de scurtă durată în sens de creștere sau deficit a influenței hormonale. Fiecare glandă are însă și cercul ei de funcții închise și permanente: 1. Hipofiza-tiroida-creier-intermediar; 2. glandele genitale-hipofiza-creier-intermediar; și 3. sistemul creier-intermediar-hipofiza. Acestea sunt cele trei sisteme autonome, neuroendocrine.

Există o dublă înervare efectorie, parasimpatică și simpatică a endocrinilor. Primele produc o vasodilatație și excito-secreție, celelalte vaso-constricție și inhibiția secreției. Apoi fiecare glandă endocrină are centrul de înervație în nevrax. Din acești centrul de înervare pleacă la destinație efectorii endocrinieni al fluxelor dinamogenetice sau inhibitoare, constituind ei singurii receptori pentru influxul transmis pe căile sensibilității și noi vorbim aici tot așa de bine de influxele rezultând din excitațiile externe, ca și acelea din excitațiile interne. Acești centrul de înervație reprezintă răspântiile unde se întâlnesc senzațiile externe sau interne ale vieții animale sau ale vieții vegetative, conștiente sau nu, astfel că toate evenimentele exterioare sau interioare pot avea o repercursiune asupra sistemului endocrinian. Acestea răspântiile sunt localizate în nucleii din hipotalamus (35).

Relația e dublă: Cunoaștem acțiunea sistemului nervos asupra endocrinilor (reflexele neuroendocrine) și acțiunea glandelor asupra sistemului nervos (reflexele hormononervoase).

Reflexele hormono-nervoase se rezumă în cele două fenomene bine cunoscute: transmiterea chimică a influxului nervos și neurocrinia.

Se poate afirma că substanțele care lucrează asupra sistemului nervos vegetativ sau a căror activitate se manifestă cu ocazia funcționării acestui sistem au trei origini: O origine endocriniană directă în glandele endocrine, o origine endocriniană indirectă (înmagazinarea substanței inactive în celulele efectoare) și o origine nervoasă endogenă (nașterea mediatorului sub o formă potențială sau actuală în sânul membrilor efectori). „Înlesnirea sau inhibarea activității simpatico-parasimpatică se traduce în prezența sau absența intermediarului chimic, în zona de funcționare între fibra

postganglionară și organul reacțional. Mediatorul aparține unor hormoni neurotrofici specifici, prezenți sau nu în protoplasma unui lanț neuronal vegetativ” (35).

Substanțele minerale, reprezintă al 4-a partener, al sistemului vegetativ. Nu este vorba atât de valorile cantitative analitice ale Ca și K, ci de părțile active biologice ale acestor electroliți. În febră și alte stări acide predomină ionii pe Ca. Raporturile economiei minerale e dată de formula György prin quotientul:

$$\frac{\text{Ca, fosfați } \text{HCO}_3}{\text{Ca Mg H}}$$

Ca Mg H

Mineralele prin mecanismele metabolismului complicat organico-chimic, se înrolează în funcțiile fizico-chimice vitale, creînd mediul necesar pentru transformarea energetică a materiei organice. Ele își îndeplinesc obligațiile lor fie în forma lor ionizată (electroliți), fie ca părți componente esențiale a unor molecule mai mari organice. Funcțiile fizico-chimice generale ale mineralelor sunt: concentrația ionilor în umorile organismului, influențarea coloidelor și economia hidrică.

Al 5-a partener este *echilibrul acido-bazic*, al cărui importanță clinică este atât de cunoscută. Când reglarea centrului respirator este suficientă, atunci pH sangvin este normal, în caz contrar se produce o deviere în extrema dreaptă. Stările patologice se întovărășesc fie printr'un deficit al acizilor fie printr'un exces al bazelor. Acidozele ca și alcalozele au origini diferite și sunt legate de restul partenerilor sistemului vegetativ.

Al 6-a membru este *sistemul hematoformator*, tradus prin tendința mieloidă, înclinația spre leucocitoză neutrofilă cu tendință spre simpatic, leucopenia relativă și adesea scăderea eozinofililor, contra tendinței limfatice, adică înclinația spre micșorarea numărului de leucocite cu limfocitoză și adesea creșterea eozinofililor, tablou sub dependența parasimpaticului. Membrii sistemului sub influența dominantă a simpaticului, se întovărășesc cu tendința mieloidă sau invers. Această tendință e asociată de stările iritative simpatică, mărirea Ca, acidoză, mărirea temperaturii, mărirea schimburilor, a glicemiei. Fenomenele sunt inversate luând tendința limfatică.

Al 7-a membru e reprezentat de *reglarea termică*. Această reglarea străjuește în centrul termic al creierului intermediar. Printr'o colaborare cu o serie întreagă de procese chimice și fizice, acest centru reușește a menține isotermită față de mecanismul perturbator endogen sau exogen. La această reglarea participă și nervii periferici, circulația și centrul vasomotor, centrul metabolismului din vecinătate.

Al 8-a membru îl formează *echilibrul glicemic*, în care intră numeroși factori: hipofiza, creierul intermediar, pancreasul, capsula suprarenală și tiroida, au

rolul cel mai important. Diabetul constituie o problemă care nu mai aparține unui mecanism monocauzal. Ori-care din acești membri vor fi lezați, ei vor putea produce sindromul diabetic.

În fine ultimul partener aparține *schimburilor celulare*, care trec în cele două extreme — creștere sau descreștere — în funcție de jocul tuturor membrilor citați până aici.

Toți acești membri, formează în întregul lor un acord, chiar și când unul din ei lipsește, sau nu se atinge egal de tare și în același timp. În poziția lor simpatcă se constată o creștere a respirației și a activității cardiace, iar în poziția parasimpatcă situația este inversată. Prin aceste regulațiuni vegetative se împlinesc și alte procese, de ex. tensiunea sanguină, economia hidrică, metabolismul lipizilor. Schema relațiilor este cu mult mai cuprinzătoare.

În felul acesta putem delimita în spațiu, sistemul vegetativ, între psihic și ultimele celule periferice ale organismului, care cuprind centrul cortical și medular central, sistemul creier-intermedier-hipofiză; urmează apoi restul glandelor endocrine, sistemul antagonist simpatc-parasimpatc, mineralele, echilibrul acido-bazic, sângele, căldura, schimburile corporale și glucoza. Acestea sunt funcțiile de competență ale sistemului de conducere și regulațiune ale întregului organism. E tocmai acest sistem care sintetizează totodată funcțiile de adaptare, echilibrare și apărare ale organismului, așa cum am văzut că se întâmplă cu reacțiile lui în timpul îmbolnăvirii.

Membrii acestei regulațiuni au și o acțiune reciprocă ritmică și nu poate fi reprezentată în mod sistematic. Ea trebuie privită ca „o funcție a mai multor variabile” (34).

Având o imagine cât mai aproximativă asupra ideii de unitate a organismului, vom putea înțelege unitar procesele morbide atât de variat exprimate prin teoriile ce le-am analizat mai sus. Cu ajutorul chimiei fiziologice și a fiziologiei unitar corelaționiste, ne-am putut face o imagine cât mai apropiată despre sistemul vegetativ, care începe dela primul impuls psihic, care deslănțuește pe calea centrilor nervoși întreg aparatul de regulațiune și de supraconducere al întregului organism. Tot așa și invers, un impuls intern ajungând în scoarța cerebrală revine asupra aceluiasi sistem, producând modificări asupra tuturor membrilor sistemului vegetativ.

Numai în acest spirit unitar, asociativ, relațional, vom putea înțelege și procesul morbid. Nu privit într'un moment, ci în toată desfășurarea lui și în special cunoscând ritmurile diurne și sezoniere, acele legate de sex și etate.

III. Punctul de vedere unitar în patologie

Doctrinile, teoriile și definițiile mai sus expuse, pot fi cuprinse unitar, în lumina concepției corelaționiste unul întreg organismic?

Procesul morbid trebuie privit patogenetic și nosogenetic. Nosogenetic (causal genetic) boala de natură internă, îl vom recunoaște patru factori:

1. Un factor sau mai mulți predispozanți. E factorul ce ține de teren, fie el localizat într'un organ, țesut sau sistem, fie el manifestat prin constituția generală individuală. Patologie ereditară și individuală, cu toate studiile lor anexe, e aceea care va explica și studiul patogenia acestui factor. Rolul covârșitor îl vor juca sistemele sintetice ale medicinei — constituționalismul, biopsiologia, biologia persoanei — și toate celelalte metode de explorare ale organismului total. Participarea eredității și a peristazel, sunt cele două aspecte ale noțiunii de predispoziție.

2. Factorul determinant, causal propriu zis, exprimat azi prin patologia condiționalistă și corelaționistă; nu ne este îngăduit a vorbi de o cauză, ci de condiții, de factori multipli, interni și externi, somatici și psihici, sociali și biologici.

Să nu uităm că oriunde factorul nosogenetic își va avea obârșia, el este supus, înainte de a provoca perturbațiunea, condițiilor interioare ale organismului. Orice factor extern, se va interioriza, va pune în mișcare într'un sens sau altul unul sau toate funcțiile de regulațiune ale organismului și numai din acel moment, adaptat mediului uman care nu l'a putut anihila, el va putea produce simptomele boalei.

3. Factorul favorizant se extinde și asupra factorului determinant, ca și asupra celui predispozant. Intern sau extern, acest factor e necesar pentru a crea ambianța de dezvoltare sau de atac a boalei. Intern: oboseala, surmenajul, lipsa de odihnă, de hrană, de căldură, emoțiile, starea psihică, etc., iar extern sunt toți acei factori terestri și extraterestri, pe care îl studiază meteoro-biologia și meteoro-patologia. Meteorotropismul, apogeul sezonier al bolilor, își găsesc expresia în favorizarea declanșării și dezvoltării procesului morbid. Urmează și factorii sociali care prilejuiesc trecerea dela psihic la organic.

4. Factorul de apărare, călăuză și realizare, a boalei. Aici intră organicul care deține el singur și puterea de a împledeca îmbolnăvirea, de a localiza boala, de a nu lăsa organismul pradă proceselor patologice, precum și puterea de vindecare. Procesul de apărare, îmbolnăvire și vindecare trebuie privit unitar, căci fiecare din componenții lui, formează un tot în faza de tranziție dela o extremă la alta, în decursul întregii evoluții. În felul acesta procesul morbid este tot atât de lent ca și al vieții însăși, până la data izbucnirii

Testormon

extract total concentrat de testicul de taur

INDICAT IN:

**Sindromul neurovegetativ al insuficienței
testiculare**

CLIMACTERIUM VIRIL

Hipertrofia de prostată

Sindromul somato-psihic de involuție

Hipertensiunea arterială după 40 ani

I N F A N T I L I S M

Sindromul hiperfoliculinic la femeie

Congestia dureroasă a sânilor

Ambalaje a 5 fiole

LABORATORUL CRINOTERAPIC

Reprezentanța generală:

Cooperativa „Uzinele Sanitare Paulescu-Gerota-Sumuleanu“

BUCUREȘTI, Calea Griviței Nr. 67. Telefon 4.98.08

Sulfamidă cu toleranță optimă

SULFORONIN

Dr. WANDER

Sulfanilyl — aminopiridină

Gonoree — Pneumonie — Meningită — Strepto — Stafilococie
Colibaciloză — Dizenterie

Tuburi cu 20 tablete a 0,5 gr.

Pneumonie

Bronchopneumonie

Gripă

Profilactic după operațiuni

PULMOSEPT «SAPIC»

Chinină 0,10

Camforă 0,10

dizolvate în uleiuri eterice

Fiole de 2 cmc. pentru injecții intramusculare

Analeptic

Cardiotonic

CORDISAN „SAPIC” CORDISAN-EFEDRINA

Picături

Fiole

Pulbere pentru receptură

In toate stările de slăbiciune ale inimei și ale circulațiunii sanguine

Mostre și literatură trimite la cerere :

Dr. WANDER S. A.

Fabrică de produse farmaceutice și dietetice

București II, Bul. Bucureștii-Noi, 90

lul. Il putem distinge, patogenetic, trei faze bine conturate atât nozografic, cât și terapeutice:

1. *Faza de predispoziție.* E înclinația spre o anumită boală generală sau locală, funcțională sau organică. Aci intră în joc toată personalitatea individului cu zestrea ei ereditară și personală. Toți factorii zămisitori ai ei, creează această înclinație structuralizată prin ereditate, alimentație, profesie, boli anterioare, cultură și educație, factori cosmici, care la un loc constituiesc acel determinism, spre boala proprie a fiecărui individ. Nu orice om poate face o psihopatie sau un ulcer stomacal. Pentru aceasta se cer anumite condiții psihofizice, pe care numai anumite constituții, biotipurile sau persoane, anumiți indivizi care au fost supuși înrăuirii anumitor factori și condiții, sunt în măsură a se exprima somatic sau psihic, sau mai precis somato-psihic într'un anumit fel, tradus și exteriorizat prin boală.

2. *Faza funcțională sau nervoasă a boalei.* Când înclinația spre boală a întâlnit factorii sau condițiile interne și externe, determinante sau ocazionale, organismul prin funcțiile sale regulative, care închid în ele și funcțiile de apărare, precum și acel potențial latent spre îmbolnăvire, vor declanșa reacțiile necesare. Aceste reacții de natură pur funcțională (secreții, febră, leucocitoză, modificări moleculare, umorale, ale constantelor, etc.) aparțin patologiei funcționale, care poate debuta printr'o deranjare organo-funcțională sau psiho-funcțională, trecând apoi treptat în unele boli prin patologia moleculară, umorală și a permeabilității, fiecare din ele reprezentând etapele ale unui și acelulași proces. Procesul fiziopatologic poate dispărea, se poate transforma în unul persistent-neuro-vegetos sau trece în faza ultimă a bolii.

3. *Faza anatomică.* Aci vom putea aplica datele patologiei intercelulare și apoi a celei celulare. Intervin doctrinele morfologice, care vor deplasa cele două forme ale afecțiunii: boala și suferința, etape de cele mai multe ori ireversibile.

Procesul morbid ajuns în această fază, cuprinde în sine mai multe procese succesive:

- a) procesul de autoapărare contra agentului morbid;
- b) procesul de localizare a modificărilor anatomo-patologice;
- c) procesul de reacțiune contra stării patologice;
- d) procesul de vindecare, restituție anatomică și fiziologică; sau
- e) procesul de adaptare al întregului organism față de organul suferind.

În funcție de legile patologiei, etiologiei și reacțiilor morbide fiziologice și fizico-chimice, organismul dispune de posibilități reduse, pentru a-și putea ajusta funcțiile sale regulative, în confruntarea lor cu factorii și condițiile de mediu:

- 1. Se adaptează oricărui situațiunii și oricărui în-

tâlniri cu agenții morbiți, atacând și nimicind influențele lor. Rezultă echilibrul perfect, ideal, rar întâlnit în zilele noastre. Aparține indivizilor ce candidează la moartea naturală, fiziologică.

2. Din lupta dintre organism și agent rezultă un compromis. Organicul, în funcție de legea compensației și a supleanții, se adaptează cerințelor boalei, care s'a instalat definitiv în mediul său intern. Sunt candidații căzuți pradă degenerării, invalidității, morții patologice, cea mai frecventă ce se întâlnește.

În fiecare din aceste faze, teoria bolii este secundată de o terapie corespunzătoare. În prima fază a bolii, vom dispune de combaterea dispoziției și terapia constituțională, pentru toți acei înclinați spre îmbolnăviri grave.

Pentru bolile ereditare propriu zise, vom dispune de prescripțiunile eugenice, precum și de profilaxia anti-mutațională.

În faza a doua vom folosi în deosebi terapia generală naturistă, care a creat metode în acest scop. Vom da o deosebită atenție sistemului vegetativ.

În faza anatomică vom utiliza expedientele și metodele chirurgicale, acolo unde terapiile fiziogenetice nu mai pot avea efect.

Ca principiu dirijitor, ne vom conduce după prescripțiile patologiei individuale. Individul concret privit în totalitatea organismului și a personalității, în totalitatea existenței lui. Fiecare individ, își face și are boala sa. Principiul general în biologie, acel al diversității, care se aplică la toate fenomenele biologice, își găsește și în patologice, aplicațiunea lui cea mai întemeiată. Așa cum reproducțiunea este un fenomen general al tuturor viețuitoarelor, căile de realizare sunt însă variate după specii. Exact se întâmplă și cu procesul morbid. Căile aparțin fiecărui individ, dar instrumentația e una și aceeași: sistemul vegetativ, de reglățiune de apărare și de vindecare variază cu fiecare individ. Prin el ne îmbolnăvim, prin el ne vindecăm. Fiecare individ va reacționa în felul lui, mai mult sau mai puțin specific. În jurul fenomenului central al reglățiunii, boala se va manifesta după legea diversității, în funcție de diversitate înfință a indivizilor.

Un alt aspect al diversității ni-l oferă cauzele bolilor. Ele sunt, rămân și vor fi mereu schimbătoare prin progresul civilizației omenești. Dar modalitățile de reacțiune ale organismului rămân totdeauna aceleași, ele sunt finite, de peste 100.000 de ani. Variațiunea acestei constante se va manifesta diferit în funcție de individ, de structură și de arhitectura organismului său, privit în totalitate, construit prin ereditate, viața sa personală, cu tot trecutul lui biologic, social și cosmic.

Factorul uman al boalei determină instalarea și decursul procesului morbid, în una din fazele lui.

Din haosul teoriilor și definițiilor ce domină patologia contemporană se poate extrage, precum am încercat, un fir conducător. Este o operațiune anevoasă și nu avem pretenția că soluția ce o propunem este unica. Dar poate fi un punct de plecare, o primă încercare.

Dreptul de a vindeca, privit în cadrul teoriilor patologice, pare la prima analiză, lipsit de un fundament pozitiv. Noțiunea „boalei” este estompată de o avalanșă de concepții, mecanisme și expresuni, care creează în jurul ei o stare haotică. Am putea localiza și aici, expresiunea lui Voltaire „deluviu de teorii care astupă un pustiu de idei”. Din toate acestea, am încercat a construi o geometrie a unor idei ordonatoare și călăuzitoare. Am încercat să stabilesc un raport între datele pozitive și idei, pentru a identifica principiile fundamentale ale noțiunii de boală și ale dreptului ce-l are medicina asupra ei. Rămâne de cercetat mijloacele de realizare.

Boala este un proces lent. Imbolnăvirea nu este în fond decât un dezechilibru funcțional și general la început, funcțional — organic mai apoi, care atinge funcțiile de echilibru ale organismului și anume sistemul de apărare — regulațiune și echilibrare, ce-l admit adaptarea în circumstanțele exterioare, care în ultimă analiză nu este decât o reechilibrare interioară.

A vindeca boala înseamnă mai întâi a aprofunda acest mecanism, care implică în esență a cunoaște întreg mecanismul funcționării organismului total și unitar. În concepția de boală și de imbolnăvire sunt cuprinse și predomină funcțiile de comandă și de regulațiune ale unității organismice, care au tripla misiune: a) a înlăturarea factorii nosogenetici, b) a-l localiza sau elimina din organism și c) a repara leziunile sau a adapta organismul și organismul acestora. Aceleași funcții care mențin echilibrul și susțin rezistența organismului față de agenții bolii, îndeplinesc și funcțiile de prevenire și apărare de vindecare și de ajustare a organismului, după ce el a căzut bolnav.

Dreptul de a vindeca pe căile lui de aplicabilitate, se sprijină deci pe aceste funcțiuni de conducere ale organismului omenesc. Patologia ne arată însă că acest drept își găsește noi atribuțiuni. Dreptul de a vindeca devine în primul loc un drept la sănătate, căci tendința patologiilor și a terapiei năzuiește azi spre prevenire. Vom avea ocazia să aprofundăm teoria vindecării, unde vom constata aceleași avalanșe haotice. De altfel faptul s'a degajat deja și din acest studiu. Fiecare teorie patologică oferă și o nouă teorie terapeutică. Sunt de sigur și terapii, fără teorii patologice. Dreptul de a vindeca privit în cadrul acestor teorii își pierde siguranța și devine — privit general — confuz. Dar nu anticipăm.

Boala privită în cele trei faze — predispozițională, preclinică sau patofiziologică și clinică sau ana-

tomică — impun reformarea întregii gândiri clinice, nu numai din punct de vedere semiologic, ci și preventiv și curativ. De aici va izvorî și un nou crez al medicinei în devenire.

Pentru moment, în concepția unitară a patologiilor, șansele majore ale dreptului de a vindeca, se îndreaptă, ca de altfel toate năzuințele medicinei, spre dreptul la sănătate, în sensul că medicina dispune de mai efective posibilități de a cultiva și păstra sănătatea, decât de a reface după ce ea a fost alterată.

Index bibliografic

1. Kernbach M.: Dreptul la sănătate și dreptul de a vindeca etc. Ardealul Medical An. II. Nr. 1—3, 48 pg.
2. Gruber: Über den Krankheitsbegriff im Licht der allg. Pathologie. Einheitsbestrebungen in der Med. Th. Steinkopff, 1933.
3. Schlutter H.: Virchow als Biologe: Hipp. Verlag, 1938, 77 pg., 16°.
4. Bier A.: Die Seele. Lehmann Vlg. Ed. 7-a, 172 pg., 8°.
5. V. Bergmann: Das Wesen der funk. Pathologie in „Ein Durchschnitt die neuste Med. Fischer Jena, 1940.
6. Siebeck R.: Begriff und Stellung der Med. Lehrbuch der inn. Med. Springer-Berlin, 1942, 686 pg., 8°, Md. II.
7. Besançon: Cit. după Delore, loc. cit.
8. Eppinger-Kaunitz-Popper: Die seröse Entzündung. Springer-Berlin, 1935, 298 pg., 8°.
9. Schade H.: Die Krankheit von Standpunkt des Molekularpathologie. In „Einheitsbestr. in der Med. Steinkopff, 1933.
10. Huzella: Die zwischenzellige Organisation. Fischer Jena, 1941, 246 pg., 8°.
11. Lumière A.: Les horizons de la Médecine A. Michel, Paris, 1938, 8°, 252 pg.
12. Siebeck R.: Über seelische Krankheitsentstehung. Schriftenreihe zur Dtsch. Med. Woch. H. 3. Thieme 1940, 56 pag. 16°.
13. v. Weizsäcker: Über seelische Einflüsse auf den Ablauf des Kreislaufkrankheiten. Ibid.
14. Göring: Über seelische bedingte echte Organerkrankungen. Hipp. Vlg. 1937, 82 pg., 8°.
15. Kernbach M.: Orientarea Medicinei moderne spre Psihologie și alte științe spirituale Rev. de Psihologie. Vol. VI, Nr. 1, 1943, 39 pg.
16. Kötschau K.: Zum Aufbau einer Biolog. Med. Hipp. Verlag, 1934, 158 pg., 8°.
17. Kötschau K. u. Mayer: Aufbau einer biologischen Med. Th. Steinkopff, 1936, 217 pg., 8°.
18. Lick: Die Arzt und seine Sedung. Lehmanns Vlg. Ed. 10, 16°, pg. 254.
19. Brauchle A.: Naturheilkunde des prak. Arztes. Hipp. Verlag-Stuttgart, 1939, 178 pg., 8°.
20. Curtius F.: Begriff, Aufgabe und Wege der Individualpathologie in „Individualpathologie“. Versaml. der berliner Akad. Arzt. Fortbildungen J. Fischer Jena 1939, 332 pg., 8°.
21. v. Vershuer: Erbpathologie. Steinkopff, 1937, 244 pg., 8°.
22. Delore P.: Tendances de la med. contemporaine. Masson, 1936, 218 pg., 10°.
23. Pichoux: citat după Delore, loc. cit.
24. Roger: " " " " " "
25. Theilhaber A.: Die Bekämpfung der Krankheitsdisposition als Heilmethode. Hipp. Verlag, 1928, 429 pg., 8°.
26. Aschner: Konstitutionstherapie. Cit. după G. Suroiu.
27. Düll B.: Wetter und Gesundheit. Th. Steinkopff, 1941, 100 pg., 8°.

28. *B. de Rudder*: Über sog. „Kosmische“ Rhythmen beim Menschen, 1941, Thieme, 44 pg. 8°.
29. *Sihle M.*: Zum Problem der Schaffung einer allg. gült. psychosom. Krankheitslehre. Steinkopff, 1935.
30. *Racovița E.*: Evoluția. Astra, 1929, 178 pg., 16°.
31. *Dr. I. Arri-Blachette*: L'homme devant la médecine. Paris, Arullani, 1939, pg. 238, 8°.
32. *Carrel A.*: L'homme est inconnu. Alcan - Paris, 1934, 8°.
33. *Zeiss-Pinchovius*: Zivilisationschäden bei Menschen. Lehmann-Verlag, 1941, 8°.
34. *Hoff*: Vegetativ. Nervensystem und innere Sekretion in Lehrbuch. der spez. Patholog. Physiolog. Fischer, 1942, 514 pg., 8°.
35. *Collin R.*: Les Hormones. A. Michel, Paris, 1938, 337 pg., 8°.
36. *Nolf*: Notions de psychopathologie humaine. Ed. 4-a. Paris - Masson, 420 pg., 8°.
37. *Rohracher H.*: Die Vorgänge im Gehirn und das geistige Leben. A. Barth, 1939, 194 pg., 8°.
38. *Becker und Heilmeyer*: Patholog. Physiol.: Fischer Jena, 1942, 515 pg., 10°.
39. *Bürger M.*: Patholog. Physiol. II. Aufl. Springer, Berlin, 1937, 455 pg., 8°.

RESUMÉ

Le droit de guérir et les théories pathologiques

Le droit de guérir est examiné dans le cadre des théories pathologiques, en cherchant de voir si la médecine possède aujourd'hui une notion précise sur la maladie. Un droit positif de guérir n'est pas possible de construire qu'avec une claire connaissance sur la théorie de la maladie, c'est à dire la précise connaissance de ce qu'on doit guérir et sur la théorie de la guérison, c'est à dire la connaissance des voies qui mènent vers la guérison. Celles-ci étant considérées de point de vue unitaire et général.

Dans la première partie de l'étude, on analyse la théorie de la pathologie morphologique et physiologique. On insiste sur les avantages et désavantages de la première. La théorie cellulaire ne permet ni la réalisation de la tendance vers la synthèse si accentuée dans la médecine, ni l'application d'une thérapie générale. Elle empêche aussi le progrès de la pensée préventive. La doctrine physiologique a justement les avantages et offre en même temps des solutions pratiques pour arrêter la maladie dans sa phase préanatomique. Suit après, l'analyse de la théorie de la pathologie de la perméabilité, de la pathologie moléculaire, de la pathologie intercellulaire, de la pathologie humorale, de la pathologie psychogénétique, la pathologie dans la médecine biologique et la médecine naturaliste, pathologie héréditaire, la météoropathologie et les pathologies synthétiques. Chaque théorie pathologique crée une nouvelle théorie thérapeutique.

Suivent puis les définitions pathologiques, groupées autour des fonctions de défense, régulation et d'adaptation de l'organisme; on insiste sur la notion d'adaptation, au point de vue biologique et médical. Elle est confondue avec la notion d'équilibre et de régulation de l'organisme disposant de ces mêmes fonctions.

Pour ce motif on examine les fonctions conductrices de l'organisme qui servent ses nécessités aussi en cas de santé, qu'en cas de maladie. Ces fonctions forment un système unitaire, nommé système végétatif. Il ne peut pas être séparé du psychique qui au fond n'est que le jeu des fonctions neuro-hormonale et hormono-nerveuses, sous la

dependance et le contrôle des centres corticaux. Suivent les centres supraordonnés localisés dans le cerveau intermédiaire (le 3-ème ventricule), le système autonome sympathique et parasympathique, le système cerveau intermédiaire-hypophyse, l'appareil endoglandulaire, les minéraux, l'équilibre acido-basique, le sang, la régulation thermique, les échanges cellulaires et la régulation glycémiq. Celles là sont les fonctions identifiées par la physiologie pathologique et clinique, qui réagissent dans leur ensemble, dans le mécanisme de défense, de localisation, de guérison ou de déchéance de l'organisme. Et cessent les mêmes qui adoptent l'organisme vis-à-vis d'un organe malade chronique et inguérissable.

Sur la base de cette constatation, l'auteur cherche, dans la dernière partie de l'article, de construire le point de vue unitaire dans la pathologie.

Vue noso-génétique le processus morbide est en fonction de trois facteurs: 1. le facteur prédisposant, 2. le facteur déterminant et 3. le facteur favorisant. Dans leur action synergique ils synthétisent les conditions de réalisation, de défense, de guérison ou de déchéance.

Au point de vue pathogénétique le processus morbide est lent et passe par trois phases: a) phase préparatoire ou prédispositionnelle où s'applique la théorie de la pathologie héréditaire et de la constitution, b) phase fonctionnelle où s'applique avec succès la théorie de la pathologie physiologique et toutes les théories pathogéniques et, c) phase anatomique où vont s'appliquer toutes les théories de la pathologie morphologique. En même temps seront appliquées les théories thérapeutiques correspondantes.

Ce point de vue unitaire tend vers une transformation profonde de la pensée médicale, non seulement sur le plan sémiotique, même aussi sur le plan curatif et préventif. Un nouvel idéal médical trouve ici ses sources.

Le droit de guérir, dans la perspective de tant de théories et de définitions, qui créent un état chaotique dans la pathologie, semble d'être confus. Il tend plutôt vers un droit à la santé. La médecine a plus de chances pour maintenir la santé, que de l'améliorer, quand elle est anatomiquement altérée.

ZUSAMMENFASSUNG

Das Heilungsrecht im Rahmen pathologischer Theorien

Das Heilungsrecht im Lichte pathologischer Theorien geprüft, hat den Zweck zu untersuchen, ob die Medizin heute den eigentlichen Sinn der Krankheit erfasst hat. Das positive Recht zu heilen kann nur auf klarer Erkenntnis der Krankheitstheorien gebaut werden, d. h. auf genauer Kenntnis was geheilt werden soll und der Heilungstheorie, d. h. der Kenntnis der Wege die zur Heilung führen. Dies im einheitlichen als auch im allgemeinen Überblick.

Im ersten Teile des Studiums wird die Pathologie der morphologischen und physiologischen Theorie analysiert. Es werden die Vorzüge und Nachteile der ersteren hervorgehoben. Die Zellentheorie gestattet weder die Verwirklichung des Strebens zur in der Medizin so akzentuierten Synthese noch das Anwenden einer allgemeinen Therapie. Sie hindert sogar den Fortschritt des preventiven Gedankens. Die physiologische Doctrina hat aber diese Vorteile und bietet sogar praktische Mittel die Krankheit in ihrem pre-anatomischen Stadium aufzuhalten. Hierauf folgt die Analyse über die Theorie der pathologischen Permeabilität,

molekulare, interzellulare, humoralen, psychogenetischen-Pathologie, der Pathologie in biologischer und Natur-Heil-Kunde, erblichen Pathologie, Meteoropathologie und der synthetischen Pathologie. Jede dieser pathologischen Theorien schöpft eine neue therapeutische Theorie.

Anschliessend folgen die um die Wehr-, Regulierungs- und Anpassungsfunktionen des Organismus gruppierten Definierungen. Vom biologischen und medizinischen Standpunkt aus wird insbesondere auf den Anpassungsbegriff hingewiesen. Er wird, weil er über die gleichen Funktionen verfügt, mit dem Gleichgewicht- und den Regulierungsbegriff des Organismus verwechselt.

Aus diesem Grunde werden die Steuerungsfunktionen der Organismus, die sowohl den gesunden als auch den kranken Körper bedienen, geprüft. Diese Befehlsfunktion bildet das sogenannte vegetatische Einheits-System. Es kann vom psychischen, das im Grunde nichts anderes ist als ein Spiel der neuro-hormonalen und hormono-nervösen Funktionen, von Kortexzentren abhängig und kontrolliert, nicht getrennt werden. Danach kommen die im Zwischenhirn lokalisierten übergeordneten Zentren (das 3-te Ventrikel), das autonome sympathische und para-sympathische System, das Zwischenhirn-Hypophysen-System, der endoglanduläre Apparat, Mineralien, acido-basische Gleichgewicht, Wärme-Regulator, der zelluläre Wechsel und die glyzemische Regelung. Das sind die von der klinischen und pathologischen Physiologie identifizierten Funktionen, die in ihren Ganzen auf den Mechanismus der Wehr-, Lokalisierung, Heilung und Erkrankung im Organismus rückwirken. Sie sind diejenigen die den Organismus nach einem chronisch kranken oder unheilbaren Organe einstellen.

Auf Grund dieser Feststellung versucht der Autor im letzte Teile seines Artikels den Einheitsgesichtspunkt in der Pathologie aufzubauen.

Nosogenetisch angesehen, hängt der Krankheitsprozess von drei Faktoren ab: 1. der Veranlagungsfaktor; 2. der Bestimmungsfaktor; 3. der Begünstigungsfaktor. In ihrer synergischen Handlung synthetisieren sie die Verwirklichungs-, Wehr-, Heil- oder Erkrankungs-Bedingungen.

Vom pathogenetischen Standpunkt ausgeht der Krankheitsprozess langsam vor sich und hat drei verschiedene Erscheinungsformen: a) die vorbereitende oder Veranlagungsform wo die pathologische Theorie der Erblichkeit und Veranlagung angewandt wird; b) funktionelle Erscheinungsform, wo mit Erfolg die Theorie der pathologischen Physiologie und aller pathogenetischen Theorien angebracht werden; c) die anatomische wechselnde Erscheinungsform, wo man die Theorien der morphologischen Pathologien anwenden wird. Mit ihnen zugleich werden die entsprechenden therapeutischen Theorien in Anwendung gebracht.

Dieser Einheitsgesichtspunkt zieht eine tiefe Umwälzung in medizinischer Gedankenwelt nach sich, nicht nur auf dem semiotischen, sondern auch auf dem Heilungs- und Vorbeugungsgebiet. Ein neues medizinisches Credo findet hier seine Quellen.

Das Heilungsrecht, durch die Perspektive so vieler Theorien und Bestimmungen, die einen chaotischen Zustand in der Pathologie bilden, wird in einem allgemeinen Überblick verwirrend. Ein nachträglich kommendes Studium wird die therapeutischen Theorien bringen die uns vielleicht eine genaue Bestimmung dieses Rechtes geben. Vorläufig geht hervor dass das Recht zu heilen danach strebt mehr ein Gesundheitsrecht zu werden in dem Sinne dass die Medizin auf mehr Erfolg rechnen kann zur Erhaltung der Gesundheit als auf eine Besserung dessen was eine nachteilige Veränderung erlitten.

PRO DOMO...

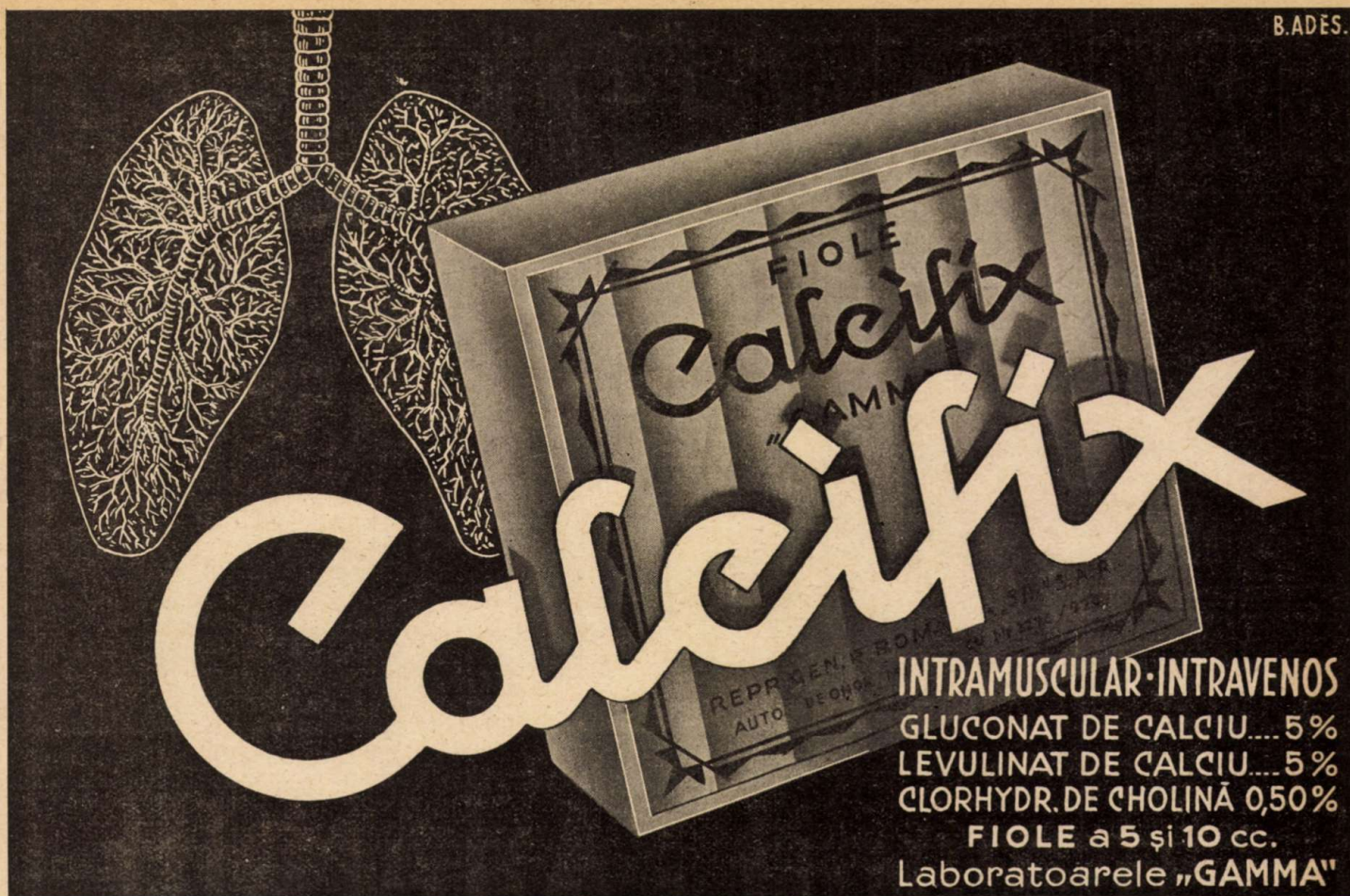
de

Dr. Alexandru Ciplea

Cum de atâtea ori se repetă, medicina este o imbinare de artă și știință; iar medicul, conștient sau inconștient, imbină în practica lor aceste elemente de bază ale medicinei. La o privire sumară, distincția acestor două elemente este ușor de făcut, într'atâta apare de evidentă. Aprofundând însă cercetarea, vedem cum greutatea de a distinge limita dintre ele devine cu atâta mai mare, cu cât le luăm în considerare mai în deaproape, cu cât judecata noastră asupra lor încercăm să ne-o facem mai întemeiată. Amintesc această greutate de distincție adevărată tocmai pentru a învedera greșeala în care se află atât cel ce susține o medicină practică pur științifică, precum și ceilalți care afirmă că practica medicală nu are nimic cu știința, ea fiind numai artă. Medicina practică științifică nu se poate lipsi, în aplicare sa, de elementul de artă, chiar dacă îl renegă. Pentru că, oricât de științifică, rostul medicinei este prin

excelență practică, utilitar. Iar partea aceasta aplicată este în primul rând din domeniul unei activități artistice. Experiența clinică a demonstrat că rezultatele la care ajunge medicina științifică practică sunt cu atât mai mediocre, cu cât ține mai puțin seama de necesitatea aplicării datelor științifice îmbrăcate în cea mai potrivită haină pe care arta medicală ne-o poate pune la dispoziție. Această greșeală este datorită unei insuficiențe în educația medicală. Este anume vorba de lipsa de perspectivă în care este studiat omul sănătos și bolnav, pe care nu îl vedem decât fragmentar și niciodată în integritatea sa anatomică, fiziologică și psihologică. Astfel chiar dacă unii încearcă să schițeze înfățișarea biologică a omului sănătos și bolnav, ne putem da ușor seama că acel portret ne rămâne totuși strălun, cu o aparență de vag și ireal, pentru că omul nu este numai un dat biologic, ci un complex indestructibil și aproape ned-

B.A.D.S.



Calcefix

FIOLE
"GAMMA"

REPR. GEN. ROM. AUTO. REG. 10094

INTRAMUSCULAR · INTRAVENOS
 GLUCONAT DE CALCIU.... 5 %
 LEVULINAT DE CALCIU.... 5 %
 CLORHYDR. DE CHOLINĂ 0,50 %
 FIOLE a 5 și 10 cc.
 Laboratoarele „GAMMA”

ULMARA „Gamma”

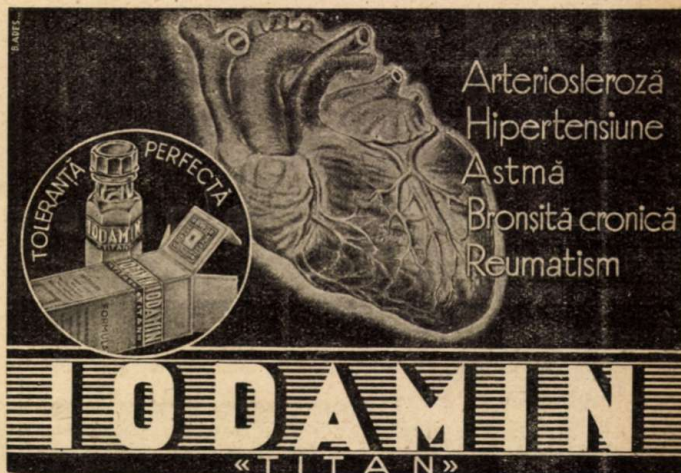
Frieșiune lichidă

Antireumatic — Analgetic — Revulsiv



Antiartritic

Antireumatic



Fiole

Picături

Reprezentanța pentru România: „S. I. F.” s. a. r. București IV, Str. Avram Iancu 32

BRONCHISAN

Asthma-Tabletten



Mijloc sigur pentru
tratamentul peroral
și prevenirea ac-
ceselor de asthm.

ATMOS-GESELLSCHAFT FRITZSCHING & CO., MANNHEIM-WALDHOF

Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu 6

secabil biopsihologic. Iar pentru a ajunge la el, pentru a pătrunde în intimitatea lui, pentru a-l putea privi în veritabilă sa înfățișare, elementul științific îl asociem elementul de artă. Ca și cum la pescuit atașăm momeala, fără de care ne trudim și așteptăm în van.

La fel de mare este greșeala celor ce cred că practica medicală este din domeniul exclusiv al artei. E adevărat că excesul de scientism dăunează de cele mai multe ori bolnavului, deoarece favorizează observația în dauna suferinței, sau impune un punct de vedere rece, pozitivist, atunci când ar ajuta mai mult o influență asupra subiectivului, psihologicului. Cu toate acestea, cine poate nega că cele mai prețioase metode ale artei medicale nu sunt decât travestirea într-o formă artistică a unor elemente științifice, câștigate poate de mult în patrimoniul medicinei, fie din observația empirică — observație ce stă chiar la baza științei — fie din observația experimentală — știința propriu zisă, constituită.

* * *

Examenul clinic și examenul de laborator au fost luate deseori în considerare ca puncte de antiteză. Pe când primul s'ar baza mai mult pe achizițiile artei medicale, cel de al doilea ar reprezenta rigiditatea medicinei științifice. Acest punct de vedere, așa de des întâlnit, este totuși nu mai puțin fals, deoarece se aplică și aici ceea ce spuneam mai sus, anume că este o întrepătrundere între elementele artei și cele ale științei medicale. La ce pot folosi datele ce le obținem printr-o percuție magistrală, dacă nu le știm interpreta în lumina cunoștințelor științifice? Și, la fel, în zadar perspectivele ce ni le-ar putea deschide în luminarea diagnosticului un examen de laborator oarecare, dacă ne lipsește îndemânarea de a recolta materialul de examinat, sau de a practica cu exactitate reacția respectivă sau de a aplica tratamentul într-o manieră care să menajeze cât mai mult bolnavul, lucru în care rezidă întradevăr, principalul capitol al artei medicale.

* * *

Și aici am ajuns la unul din cele mai controversate puncte: acela dacă practica medicală, lăsând la o parte elementul științific, este întradevăr o artă sau numai o tehnică?

Câteva precizări sunt necesare dela început. În primul rând va trebui să facem distincția între medicul meserlaș, pentru care profesunea medicală, ca indiferent oricare alta profesie, este mijlocul de asigurare a existenței proprii și a familiei și între medicul, am putea spune, adevărat, pentru care activitatea profesională este un scop în sine. În considerațiunile noastre ne referim numai la acest al doilea grup, mai puțin numeros decât cel dintâu, dar care reprezintă, totuși,

chiar și în felul obișnuit de judecată al oamenilor, imaginea ce o trezește mai întâu auzul cuvântului medic.

Limitând astfel problema, putem trece la un punct mai departe. Anume, dacă activitatea medicală, pe lângă că e științifică, e o activitate artistică, se recunoaște implicit că cel ce o săvârșește este un artist. Va trebui să vedem, astfel, dacă putem justifica încadrarea medicilor printre artiști. Apoi tocmai acesta este punctul care ușurează foarte mult clarificarea problemei, deoarece istoria și prezentul ne arată cum medicii cel mai celebri au fost și mari artiști, nu numai în arta medicinei, ci și în alte arte: poezii, pictori, sculptori, muzicieni. Dar faptul nu este limitat numai la celebritățile istorice, ci în domeniul mai modeste de activitate se recunosc aceleași calități, încât s'a ajuns ca, în judecata obișnuită a oamenilor despre medici, aceștia să fie văzuți totdeauna într-o ipostază dacă nu absolut identică, totuși foarte asemănătoare cu aceea în care sunt concepuți artiștii în general.

Apoi, dacă judecând mai larg, atribuim artistului activitatea creatoare de imagini de viață, sau chiar numai simboluri de viață și dacă opunem acestei activități pe cea a medicului, care retușează natura, o secundează, care redă vieții elementele pornite spre desagregare, care chiar acolo unde fondul nu-l mai poate repara, îl îmbracă totuși într-o formă cât mai puțin îndepărtată de aspectul esențial și general al vieții, care dacă nu reușește să refacă armonia acestui superlativ al noțiunii de viață care este omul, ajunge totuși în foarte dese cazuri să-l dea cel puțin iluzia echilibrului refăcut, vedem că astfel medicul nu săvârșește simple acte mecanice, activitatea sa nu este o activitate pur tehnică, ci, pe măsura artei sale, din lutul găunos al bolnavului el plămădește pe convalescentul de mână. Dar dacă boala însăși a schimbat adânc pe om, nu e mai puțin adevărat că medicul a contribuit la această schimbare în chip hotărât. Lucru pe care bolnavii îl recunosc de atâtea ori și în fața noastră și în cursul istoriei. O parte din sufletul medicului și-a însușit-o bolnavul. Iar dacă bolnavul nu-și rămâne ca un copil, continuă totuși a-și fi ca un frate mai mic.

Țin să precizez încă odată că mă refer în tot cursul acestui expozeu nu la medicul cu consultații la ore fixe, cu specialitatea îngrădită într'un tipic pe care școala i l-a turnat, cu tehnică și nu cu suflet, cu rutină și nu cu artă. Ci mă gândesc și vorbesc mereu de medicul care practică medicina, nu specialitatea în care a putut deveni virtuos, care e capabil să arate pentru bolnav nu numai interes, ci mai ales dragoste, pentru care practica medicală nu este un mijloc, ci un scop, nu o meserie, ci un sacerdoțiu, o activitate nu impusă, ci liberă, desfășurându-se conform împrejurărilor individuale de rezolvat, dar respectând totdeauna marile principii vitale, creînd posibilități noi pentru viața ce o

are în mână, sau salvând cel puțin pe cele existente din mărăcișul boalei ce le înăbușe

Prima jumătate a secolului nostru a constituit un greu impas pe care a trebuit să-l treacă medicina în latura ei practică. Colosalele achiziții în domeniul etiopatogenezelor ale jumătății a doua a secolului trecut și vulgarizarea nenumăratelor metode de laborator, au deprețiat gândirea medicală, înlăturând interesul științific și au reușit să facă să se renunțe la aproape întregul patrimoniu al artei medicale. Prin această deformare a concepției medicale s'a sistat selecția naturală a corpului medical. Viitorul medic nu-l mai trebuiau calități excepționale. Medic putea ajunge oricine, cu condiția să răspundă satisfăcător la 3—4 examene pe an, în școli de medicină care pretindeau ele înșile mai mult memorizare decât judecată. Efectul dezastruos nu a întârziat însă să apară. Zece și sute și mii de bolnavi colindă dela un cabinet medical la altul, cu geamantane întregi de buletine cu diverse analize și probe, dar fără un veritabil diagnostic.

Avem însă impresia certă că pășim spre ieșirea din marea criză prin care a trecut medicina, sau mai bine zis practica medicală. Iperspecializarea a fost cel mai bun indicator al apogeului ei. Ea a fost totodată cauză și efect. Aportul imens pe care l-au adus tehnica și științele ajutătoare medicinelor, a făcut ca, la un moment dat, medicul să nu mai poată cuprinde practica medicală în totalitatea sa, nu atât pentru că nu ar fi putut ajunge la priceperea detaliată ce o dădeau nobile achiziții, cât deoarece nu-l era posibil să se pună la punct cu manipularea aparatelor așa de complicate. Așa s'au născut specialiștii nu în medicină, ci în aparate. Ei au început să rupă apol, pe seama lor, câte un capitol al medicinelor, să-l speculeze prin prisma cunoștințelor ce și le-au format și să tiranizeze medicina, adevărata me-

dicină, prin vederea lor strâmtă și unilaterală, să se situeze în ipostaza de mentori ai medicinelor tocmai ei care, în afară de aparatul ce-l utilizau nu cunoșteau altceva, sau care în afară de organul ce-l examinau nu erau capabili să priceapă altceva. Și de unde la început aportul lor părea imens, s'a ajuns la concluzia că profitul ce-l aduceau ei medicinelor era minim. Intervenția lor era utilă atât timp cât boala era localizată în sfera îngustă a unei specialități, dar se dovedea iluzorie de îndată ce tinea să intereseze mai multe grupe de organe sau organismul întreg. Nici nu se putea să fie altfel din moment ce ei erau specialiști și nu erau medici — în accepțiunea precisată a acestui noțiune.

Ieșirea din această criză e evidentă. Dar să nu ne înșelăm crezând că se datorește spiritului clarvăzător al unei mari personalități medicale. Ea e de esență pur utilitaristă, cum este însuși rostul medicinelor privite din punctul de vedere al necesităților sale existențiale. S'a ajuns la un moment dat să se constate, de către mai mulți deodată, că toată tehnica medicală e în zadar, atâta timp cât lipsesc cei ce să fie capabili să coroboreze și să judece datele pe care tehnica le pune la dispoziție. S'a constatat deci că pentru medicină e nevoie de medici nu de specialiști, că specialiștii sunt necesari, dar că rolul lor este mult mai modest, că ei sunt tehnicienii cărora în van le cerem gândirea medicală. Aceasta o au și trebuie să o aibă medicii.

Întoarcerea la medicina adevărată va însemna încă un fapt îmbucurător. Acela de curățire a corpului medical de elementele așa de dubioase care au intrat și s'au menținut în cadrele acelea groțeste ale ultraspecializării, pentru care interesul numai rutina, la care se putea ajunge și fără calități spirituale sau intelectuale deosebite.

CLINICA MEDICALĂ II.

Director: Prof. Dr. I. Goia

Articole științifice

Tabes cu ataxie la doi frați

de

Prof. Dr. C. I. Urechia, Dr. T. Dragomir și L. Dragomir

Cazurile de tabes infantil sau eredo-sifilitic sunt foarte rare, și numărul cazurilor publicate până azi nu trece de o sută.

Din aproximativ 20 mii de cazuri, cari au trecut pe la consultațiunile clinice noastre abia dacă am întâlnit 4 cazuri. Cazurile de tabes cari apar la frați sau surori sunt și mai rare. Cazurile pe cari le publicăm aici sunt interesante încă și prin faptul, că ambele prezintă o formă identică, cu ataxie.

Caz. 1. M. S. de 40 ani Tatăl mort în etate de 63 ani în urma unei hemoragii cerebrale; mama este sănătoasă. Din cei 6 frați și o soră, un frate este suferind (tabes). Un unchiu mort cu P. G. în clinica noastră.

Născut la termen și în condițiuni normale. În copilărie pojar. La etatea de 19 ani a suferit de un abces hepatic, pentru care a fost operat. Fumează 30 țigarete pe zi.

Neagă bolile venerice și afirmă că niciodată nu a avut vreun șancru (fiind vorba de un intelectual, credem că se poate conta pe declarațiunea sa). Are un băiat de 13 ani, care nu prezintă niciun stigmat sifilitic. Soția n'a avut niciun avort.

Boala actuală: datează din Decembrie 1935, debutând cu dureri atroce în membrele inferioare, cari iradiau din regiunea lombară. Un medic pe care l-a consultat, i-a diagnosticat o sciatică și l-a tratat în consecință.

După 2 săptămâni criza dureroasă a cedat, lăsând după sine dureri cu caracterul reumatic.

În primăvara anului 1936 crizele radiculare dela nivelul membrelor inferioare reapar, ceva mai puțin intense de data aceasta, și se mențin astfel cu intervale libere mai mari sau mai mici până în Martie 1943, când bolnavul începe să aibă dificultate la urcarea scărilor, având și ataxie. Medicul pe care l-a consultat i-a diagnosticat tabes și i-a prescris un tratament cu neosalvarsan și bismut. Acest tratament n'a dat niciun rezultat și ataxia a sporit.

În ziua de 3 Iunie prezintă în mod brusc o retenție de urină, care după un tratament de 20 de zile a dispărut; dar bolnavul a făcut cu această ocazie o cistită cu puseuri subfebrile.

La 20 Iunie 1943 este internat în clinica noastră pentru a fi tratat cu malarie.

Bolnavul, care se prezintă într-o stare de nutriție bună, are un nas cu rădăcina puțin infundată, dar fără a fi caracteristic pentru un sifilis ereditar.

Cordul, aparatul circulator, tensiunea arterială, plămânii, ficatul și splina nu prezintă nimic anormal.

Prezintă o cistită cu urină turbure, și polakiurie.

Pupilele sunt egale, cu reacțiuni destul de prompte, la lumină și la distanță; convergența bună; nervii motori-oculari funcționează bine. Reflexele osteo-tendinoase la membrele inferioare sunt abolite; reflexul cremasterian abolit, dar celelalte reflexe tendinoase și cutanate sunt normale.

La examenul sensibilității se constată o hipoestezie tactilă și dureroasă, pe fața externă a gambelor.

În timpul mersului se constată o ataxie pronunțată, care-l obligă să se folosească de baston sau să fie ajutat de către o altă persoană. La membrele superioare ataxia este foarte puțin dezvoltată. La examenul cistoscopic se constată aspectul tipic de vesică tabetică. Reacția Wassermann în sânge negativă, iar examenul lichidului cefalo-rachidian cu toate reacțiunile e negativ. Bolnavul a fost impaludat, dar simțindu-se foarte slăbit, după 5 accese i-am oprit malarie, pentru a repeta acest tratament după o pauză de o lună.

Caz. 2. M. E. de 34 ani, frate cu bolnavul precedent. S'a născut la termen și în condițiuni normale. N'a avut niciodată șancru. În copilărie disenterie, tuse convulsivă și pneumonie. În 1940 fractura tibiei, și cu aceasta ocazie reacțiunea B. W. în sânge împreună cu examenul lichidului cefalo-rachidian au fost negative. Timp de 2 ani a abuzat de tutun. În 1928 reacția B. W. în sânge a fost negativă.

Boala actuală a debutat prin Septembrie 1942 cu dureri reumatoide.

O lună mai târziu se constată prezența unui tabes și i se administrează un tratament antisifilitic cu neosalvarsan și bismut. În Februarie 1941 prezintă turburări vizuale.

În Iulie 1943 apar dureri lancinante în membrele inferioare și în același timp și ataxie.

Examinat în clinica noastră se constată: ușoară infiltrațiune la vârful pulmonului stâng; cordul, aparatul circulator, ficatul, splina și rinichii, nimic anormal. Turburări moderate în micțiune; impotență sexuală de trei luni.

Anisocorie; reacțiunile pupilare la lumină și distanță sunt limitate; convergența este liberă, de asemenea și celelalte mișcări ale globilor oculari. Acuză ambliopie de partea dreaptă.

Reflexele tendinoase la membrele inferioare sunt abolite.

Nu se constată reflexe patologice.

Parestezii, la nivelul plantei stângi și la genunchi.

Cefalee intermitentă. Anestezie vibratorie la nivelul membrelor inferioare, turburări ale simțului articulo-muscular la membrul inferior stâng. Semnul lui Pitres pozitiv.

Ataxie pronunțată la membrele inferioare; umblă cu un baston.

La examenul oftalmoscopic: atrofie simplă a nervilor optici mai accentuată la ochiul drept.

După 9 accese de malarie se constată o ușoară ameliorare a sensibilității.

Este vorba în consecință de doi frați, cari au făcut un tabes; și în ambele cazuri tabes cu ataxie. Ambii neagă sifilisul; pretind că n'au avut niciodată șancru. Unul din ei este căsătorit, soția n'a avut avorturi, iar fiul lui nu are stigmate de sifilis ereditar. Un unchiu al bolnavilor a murit cu paraliziile generală în clinica noastră. Trebuie oare să admitem că acești doi frați, cari sunt intelectuali, au avut sifilis fără ca să-și dea seama?

Din punct de vedere logic lucrul ar fi puțin curios.

Trebuie să admitem oare un sifilis ereditar? Acești doi frați n'au stigmate, afară de cel mare, care are un nas ce ne amintește intrucâtva nasul eredo-sifilitic. În aceasta dilemă noi înclinăm spre o origine eredo-sifilitică. Deși acești doi frați nu sunt gemeni, ambii au făcut tabes și încă un tabes cu ataxie.

Acestea două cazuri pun în discuție și chestiunea sifilisului neurotrop și a sifilisului familial. Deși posedăm numeroase observațiuni de sifilis neurotrop și câteva fapte experimentale, chestiunea nu este încă definitiv rezolvată. Vom cita cu aceasta ocaziune câteva cazuri de sifilis nervos. *Marie* și *Bernard* citează doi indivizi infectați la aceeași sursă, cari ambii fac tabes; apoi alți doi indivizi cari au făcut o meningomielită. *Brosius* citează 5 indivizi, cari lucrând într-o fabrică de sticlă fac o infecțiune bucală, contaminându-se dela un alt camarad care sufla sticla și avea un sifilis secundar. Patru din acești indivizi infectați la aceeași sursă au făcut apoi un sifilis nervos: doi tabes, doi paraliziile generală. *Mendel* citează o femeie care a fost infectată de soțul ei, care a sucombat cu paraliziile generală; remărltată fiind, își infectează soțul său și apoi ambii se îmbolnăvesc de tabes. *Régis* citează un individ care își infectează soția sa și cumnata, și toți au sucombat cu paraliziile generală. *Nonne* citează o femeie care a fost infectată și mai târziu a făcut o hemiplegie sifilitică fiul său a făcut paraliziile generală; primul ei soț și al doilea au făcut tabes. *Maurel-Lavallé* citează o femeie infectată de un student în medicină, care moare 3 ani mai târziu de meningită sifilitică; ceva mai târziu ea devine prietena unui alt medicinist, care moare de paraliziile generală; ea devine mai târziu succesiv amanta unui alt student, a unui chimist și a unui inginer, cari toți mor de paraliziile generală. *Nonne* citează 3 amici, cari se infectează dela aceeași sursă: doi fac paraliziile generală, al treilea tabes. Doi negustori infectați dela

aceeași sursă fac o paraplegie spinală și un sifilis cerebral. Cinci indivizi infectați la aceeași sursă, au făcut paralise generală sau tabes.

Erb citează: patru ofițeri infectați la aceeași sursă: doi fac un tabes, altul paralise generală. *Iunius* și *Arndt* citează cazul unui individ care s'a căsătorit de două ori, sucombând mai târziu cu paralise generală; două soții ale lui au făcut tabes, o fiică a lui paralise generală. *Lotte* citează doi indivizi infectați de aceeași dolcă, care fac meningo-mielită. *Levaditti* și *Marie* citează 4 soldați infectați la aceeași sursă, trei din ei au făcut tabes și unul paralise generală. *Nonne* mai citează doi frați care fiind infectați din surse diferite fac unul din ei tabes și altul mielită sifilitică. Alți doi frați infectați de asemenea din surse diferite, fac ambii paralise generală. Am putea cita încă și alte cazuri similare.

Cazuri aproape identice cu ale noastre, au fost citate de *Sarbo*, care amintește cazul unei mame sifilitice care a avut doi băieți și o fată tabetică, și două fete epileptice. *Daube* publică două cazuri de tabes de origine eredo-sifilitică la două surori.

RESUMÉ

Tabes avec ataxie chez deux frères

Deux cas de tabes héréditaire chez deux frères; les deux cas présentaient un tabes avec ataxie locomotrice.

ZUSAMMENFASSUNG

Tabes mit Ataxie bei zwei Brüder

Es werden zwei Fälle von hereditären Tabes bei Brüder mitgeteilt. Beide Fälle sind mit Ataxie kompliziert.

Noi cercetări farmacodinamice asupra acidului l-ascorbic pe inima izolată de broască

de

Prof. Dr. C. C. Velluda și Dr. C. V. Antonescu

Intr-o serie de cercetări executate în laboratorul nostru asupra acțiunii acidului l-ascorbic (vitamina C) asupra inimii izolate de broască, am făcut unele constatări pe care le-am publicat în *Ardealul Medical* Nr. 8/1943. Între altele, demonstrăm acțiunea depresivă a vitaminei C în funcțiune de ioni Ca și K din soluția Ringer. Această acțiune depresivă apărea mult mai accentuată în absența ionului Ca din soluție, iar într'un Ringer fără potasiu acțiunea ei depresivă nu se mai exercită. Necesitatea prezenței ionului potasiu, pentru ca vitamina C să acționeze depresiv, pare indispensabilă. Soluțiile de 5‰ până la 10‰ erau net depresive. Cercetările ne-au arătat în același timp însă și alte efecte ale ei, de exemplu cele asupra toxicității. Astfel pentru unele concentrații, efectele toxice opreau inima imediat și definitiv; orice încercări de readucerea ei la ritmul normal fiind fără rezultat.

Asupra acestor efecte dorim să insistăm în articolul de față, arătând rezultatele cercetărilor noastre în ce privește precizarea pragului de acțiune depresivă minim și maxim al vitaminei C, cât și cel al toxicității ei.

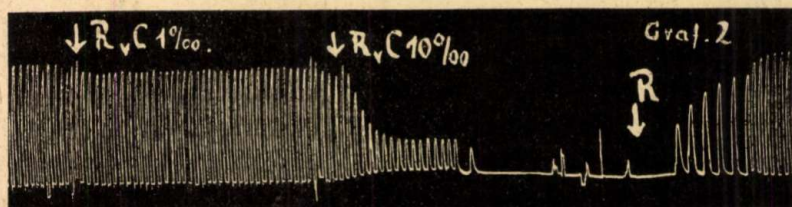
Am lucrat pe inima izolată de broască după metoda *Straub*, folosind ascorbinatul de sodiu din comerț (provenit dela diferite case) din care am făcut diferite diluții utilizate de noi. Diluțiile cu care lucram erau făcute proaspăt pentru a evita oxidarea acidului.

Pentru a lămurii și mai bine această acțiune am lucrat în diferite soluții: în *Ringer*, în apă și în ser fiziologic.

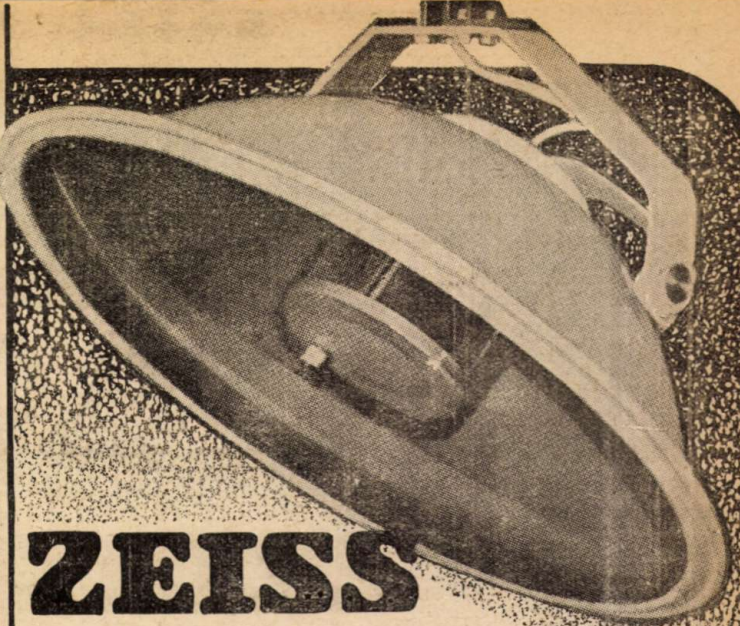
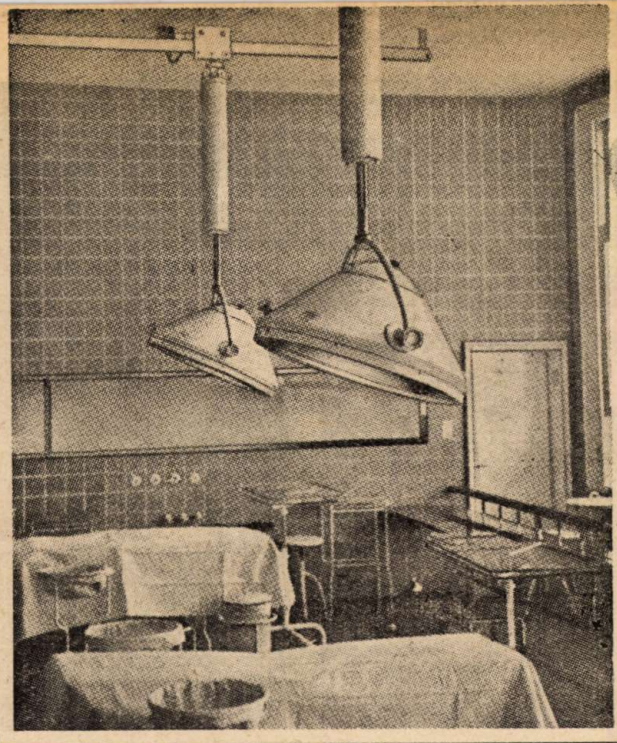
I. Soluțiile în Ringer.

Diluțiile mari în Ringer, 1/100 milioane și din ce în ce mai mici până la 1/1000 nu au produs niciun efect depresor, curbele prezentându-se fără de nicio modificare ca și după un Ringer normal (graf. 2).

Începând însă dela diluția de 1/1000 acțiunea depresivă a acidului ascorbic devine evidentă. De aci încolo diluțiile și mai concentrate, de 5‰ până la 10‰ produc efecte depresive nete (graf. 2) așa



cum stabilisem de altfel prin aceste experiențe. În această ultimă concentrație de 10‰ se observă însă dela început o acțiune toxică, marcată printr-o depresivă din ce în ce mai accentuată cu tendință la oprire. Inima putând fi reanimată totuși, după spălare cu Ringer (graf. 2).



ZEISS PANTOPHOS

lampa de operație fără umbră, fără căldură și fără reflexe, cu oglindă de sticlă sau de metal. Pe lângă becul principal există și o sursă luminoasă de siguranță. Cu suspensie fixă cu sau fără tiraj și cu șină pentru deplasări laterale. Prospekte gratuite dela reprezentanța g-rală Soc. An. de Agentură-Comision-Import, fost Otto & Alfred Herzog

București I

B-dul Carol I, 48



MAGNESIUM MANDELAT «ASTA»

(granule solubile în intestinul subțire)
pentru terapia specifică în

Coli-infecțiuni
ale

Căilor urinare

★

Absolut netoxic
Foarte economic

(durată scurtă de tratament)



ASTA AKTIENGESELLSCHAFT CHEM. FABRIK BRACKWEDE

Literatură și eșantioane vă stau
cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R. ★ Strada Sf. Ionică No. 8 ★ BUCUREȘTI

Intrebuintati zilnic:

PACYL

contra Hypertensiunii

Coborîrea moderată a Tensiunii Arteriale ridicate.
Potolirea spasmelor vasculare.
Îmbunătățirea, pe cale bucală, a indispozițiilor subiective.

DIWAG

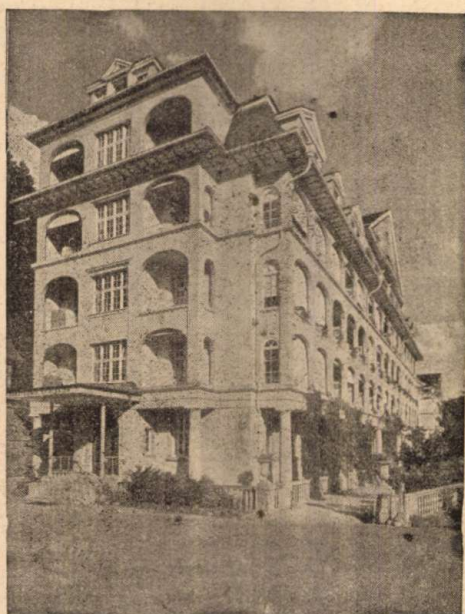
CHEMISCHE FABRIKEN A.G., BERLIN-WAIDMANNSLUST

Pentru mostre și prospecte adresați-va:

Odol S. A. R. București, Str. Apostol Margarit 22

Sanatoriul St. Blasien

Altitudine 800 m.



Prospecte ilustrate gratuite.

Condițiuni climatice favorabile.

Climat curativ special.

Stabilimentul particular cel mai înalt
situat din Germania pentru

bolnavi de plămâni

într-o poziție privilegiată în regiunea sudică a
pădurii Schwarzwald.

COSTUL TRATAMENTULUI:

În camere pt. două persoane dela RM 9

În camere pentru o persoană dela RM 11

Medic Șef: **Profesor Dr. A. Bacmeister**

Medic Conducător: **Dr. A. Emmler**
Chirurg

SANATORIUL ST. BLASIEN

Südl. Bad. Hochschwarzwald
Bahnhof Seebrugg (Deutschland)

Dacă concentrația vitaminei C crește la 20⁰/₀₀, acțiunea toxică este evidentă (graf. 3). Cât privește con-



centrațiilor mai mari de 20⁰/₀₀, puterea toxică este și mai mare. Astfel diluția de 40⁰/₀₀ oprește brusc și definitiv inima, ne mai putându-o reanima în niciun fel (graf. 4).



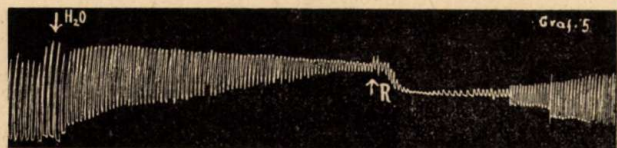
Studind graficele, se vede clar cum la grafica 2 de exemplu toxicitatea în soluția de 10⁰/₀₀ permite o reanimare imediat după o singură spălare cu Ringer pur, inima refăcându-și perfect funcțiunile. În graficele 3 și 4, toxicitatea crescută a acidului ascorbic, nu mai permite nici aceasta, ci numai o reanimare temporară și cu totul incompletă, după repetate spălări cu Ringer, pentru ca inima să se oprească apoi definitiv în diastolă.

Efectul toxic în aceste concentrații se manifestă imediat (mai ales la concentrațiile peste 20⁰/₀₀) când inima se oprește brusc, cu tendință netă spre diastolă.

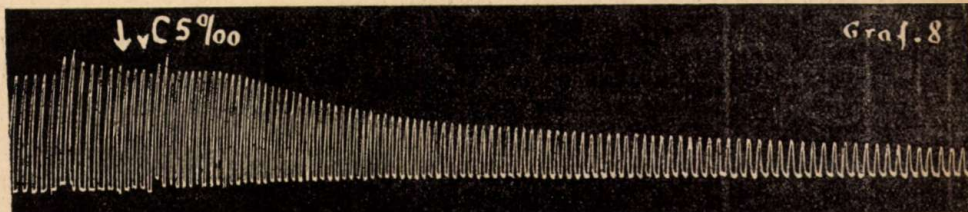
II. Soluțiile în apă.

Cum soluția comercială este în apă, am căutat acțiunea ei toxică și în diferite diluții apoase.

Incepând cu soluțiuni foarte diluate de acid ascorbic, de 1/100 milioane și mărlnd concentrația până la 1/100 mli, nu am constatat niciun efect depresor, în schimb apar curbe caracterizate printr'un tonotropism foarte accentuat (graf. 5). Acest tonotropism se accentuează



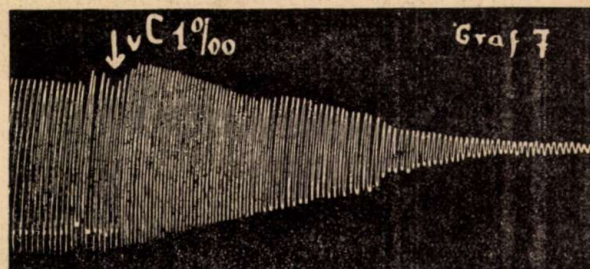
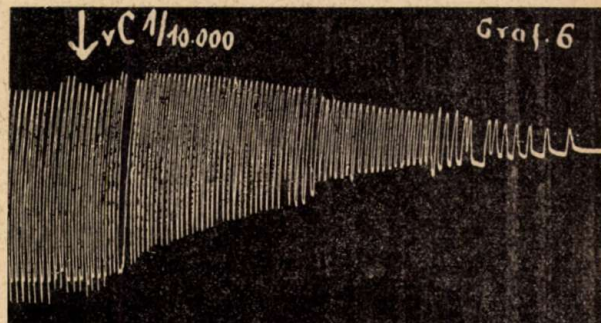
din ce în ce mai mult, pentru ca în curând inima să se oprească în sistolă. Tonotropismul îl explicăm printr'un fenomen fizic de adeziune a apelor, care nu permite relaxarea suficientă în diastolă a miocardului. De sigur că în afară de acest fenomen fizic, intervine în oprirea inimii și lipsa ionilor fiziologici, necesari întreținerii funcționale a inimii. Pentru a ne convinge de aceasta, am prefuzat inima numai cu apă distilată (graf. 5), obținând același tip de curbă ca mai sus, cu același



tonotropism caracteristic. Se mai vede în același timp, pe această grafică, cum inima s'a reanimat treptat dându-i-se ionii necesari prin Ringer.

In orice caz, până la diluția de 1/100 mli nu poate fi vorba de o acțiune a vitaminei C, aspectul curbelor fiind datorit fenomenului apel.

Ridicând concentrația soluției în acid ascorbic la 1/10 mli și la 1/1000, la tonotropismul pozitiv produs de apă, apare treptat și un inotropism negativ, din ce în ce mai accentuat, care duce după un timp oarecare la oprirea inimii prin cumulara ambelor efecte (graf. 6 și 7). Cât privește tonotropismul și în aceste diluții,



el apare evident deși din ce în ce mai atenuat. De sigur că aceasta se datorește modificărilor fizice produse de prezența în soluție a ascorbinatului de sodiu în concentrațiile respective, din ce în ce mai mari.

În diluțiile însă prea mari, ca în grafica 5, ascorbinatul de sodiu a fost de sigur insuficient a fi putut influența acțiunea tonotropă a apelor.

Cu concentrația de 5⁰/₀₀, apare acțiunea depresivă netă a vitaminei C (graf. 8) ca și în Ringer (graf. 1). E interesant de constatat apariția acestor acțiuni depresive a acidului ascorbic în apă ca și în Ringer la

¹⁾ Prof. Dr. C. C. Velluda și Dr. C. V. Antonescu: Acțiunea acidului l-ascorbic (vitamina C) asupra inimii izolate de broască în funcție de ionii Ca și K în soluția Ringer. — Ardealul Medical, 8, 318, 1943.

aceeași concentrație, cu un aspect asemănător al ambelor curbe. Dispariția tonotropismului, la această concentrație mărită a ascorbinatului de sodiu, poate fi explicată înafara modificărilor fizice aduse apelor, prin însăși acțiunea depresivă a acidului ascorbic.

De altfel urmărind graficele 5—6—7—8, observăm că dispariția tonotropismului se găsește în raport direct cu concentrația ascorbinatului de sodiu.

Deja dela concentrația de 10‰, începe însă și acțiunea ei toxică. Pe grafica 9, se evidențiază demon-

strativ acest fapt, inima oprindu-se complet contracțiunile. Spălarea inimii cu Ringer normal în diferite rânduri, nu mai permite decât o refacere slabă și incompletă a contracțiunilor, pentru ca apoi inima să se oprească definitiv.

Acest efect toxic se accentuează din ce în ce cu soluțiile mai concentrate 20‰—30‰—40‰. În aceste cazuri, după cum se observă pe graficele 10—11, cele

câteva contracțiuni agonice obținute prin spălare cu Ringer, nu face decât să evidențieze și mai mult această acțiune toxică, iar la concentrația

de 40‰ nici provocarea acestora nu mai e posibilă, inima se oprește definitiv în diastolă cu toate spălările repetate.

III. Soluțiile în ser fiziologic.

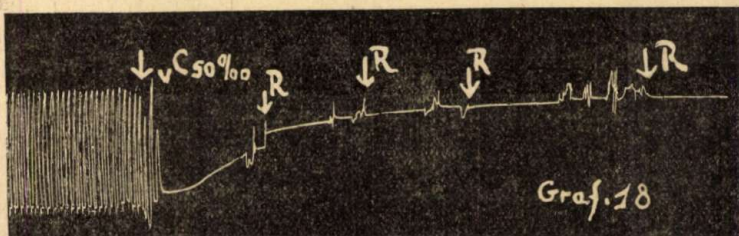
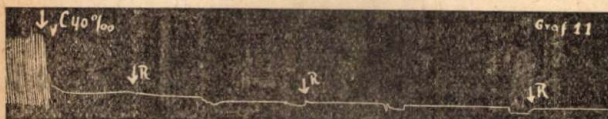
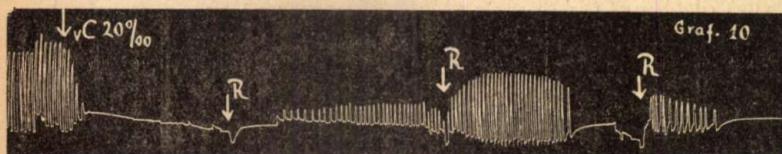
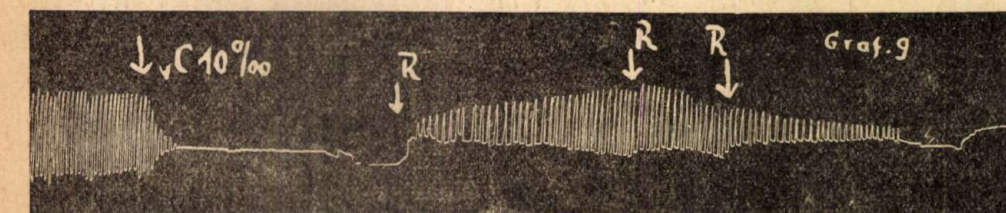
Am încercat experiențele de mai sus și în ser fiziologic 8‰. Ca și în experiențele în Ringer și apă, am experimentat acidul ascorbic în ser, începând cu diluții mari dela 1/100 milioane, apoi 1/10 milioane, 1/1 milion, 1/100 ml. Curbele obținute în asemenea diluții arată depresuni evidente. Sunt ele însă datorite

cantităților mici de acid ascorbic prezent în soluție sau sunt ele datorite chiar serului?

Pentru aceasta am perfuzat inima numai cu ser fiziologic simplu 8‰.

În grafica 12, care reprezintă o astfel de inimă, se observă același efect depresiv și în lipsa acidului ascorbic. După o fază de depresune mai accentuată, inima are tendința însă ca treptat să-și recapete puterea contractilă, fără a-și reveni la forma inițială decât după o spălare cu Ringer.

Interpretarea depresunilor obținute cu diluțiile mari de vitamină C, menționate mai sus, nu pot fi puse deci pe seama acidului ascorbic ci pe cel al serului. De altfel această acțiune a serului în concentrația



de 8‰ corespunde în parte cu datele clasice relativ la acțiunea lui pe inima izolată de broască.¹⁾

Acțiunea depresivă în ser al acidului ascorbic, începe a se evidenția numai în diluția de 1/10 ml până la 5‰ (graf. 13—14). Curbele respective prezintă depresuni mult mai accentuate, rămânând constat la acest nivel, fără tendință la revenire. Concentrațiile de 10‰ sunt și în ser ca și

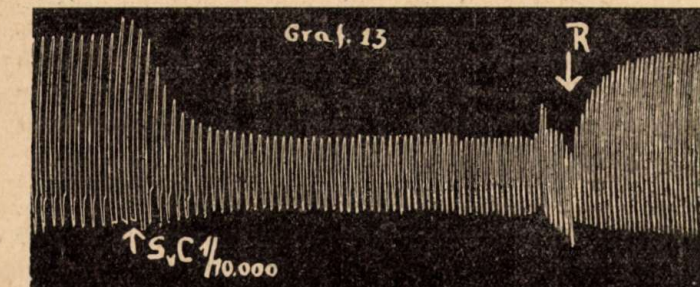
în Ringer sau apă, toxice (graf. 15). Totuși aici, spălarea o singură dată cu Ringer e suficientă pentru a reanima inima până la normal, ceea ce nu se întâmplă nici în Ringer, nici în apă, în această concentrație, când ea își revine mult mai greu.

Cât privesc diluțiile și mai concentrate, 20‰, aceasta permite încă o reanimare prin spălare de 2 ori cu Ringer, pe când în diluția de 40‰ orice încercare de reanimare rămâne fără efect (graf. 16 și 17). Reese

¹⁾ A. Heffter: Handbuch der Experimentellen Pharmakologie (1927).

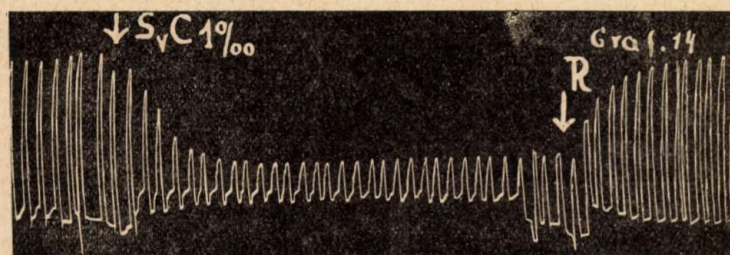
deci clar și în ser, acțiunea toxică a acidului ascorbic, începând cu concentrațiile mari din jurul lui $10^{0/00}$.

Interpretând toxicitatea comparativă a acidului ascorbic în cele trei soluții, reiese că în ser aceasta este mai puțin accentuată decât în celelalte două. Toxicitatea în Ringer e ceva mai accentuată ca în ser. Cât privește în apă, acțiunea toxică e cea mai accentuată, din cauza fenomenului chimic al lipsei ionilor indispensabili întreținerii inimii, căci prezența sodiului din ascorbinatul de sodiu este insuficient ca acțiune.

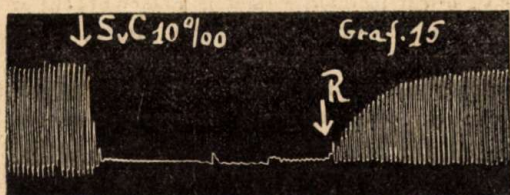


În soluția Ringer, concentrația de $1^{0/00}$ încă nu deprimă inima, deși apare depresivă la această concentrație și în ser și în apă. De sigur, existența în Ringer a ionului Ca, a putut împledeca acțiunea depresivă a vitaminei C în această concentrație, după cum am arătat-o deja.¹⁾

În soluția Ringer, concentrația de $1^{0/00}$ încă nu deprimă inima, deși apare depresivă la această concentrație și în ser și în apă. De sigur, existența în Ringer a ionului Ca, a putut împledeca acțiunea depresivă a vitaminei C în această concentrație, după cum am arătat-o deja.¹⁾



De sigur, existența în Ringer a ionului Ca, a putut împledeca acțiunea depresivă a vitaminei C în această concentrație, după cum am arătat-o deja.¹⁾



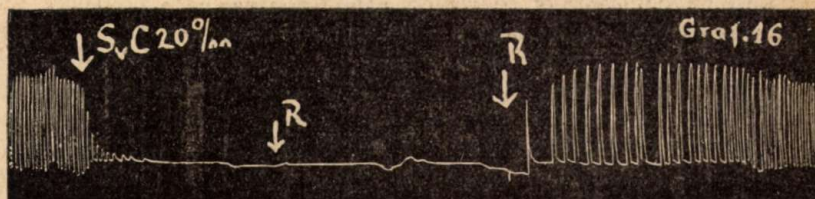
Lipsa ionilor K și Ca, din soluțiile ser și apă, au grăbit acțiunea depresivă a acidului ascorbic. Astfel, în ser aceasta se exercită net deja dela $1/10$ ml, iar în apă găsim același fenomen — deși cu un aspect diferit al curbelor — acest aspect este în funcțiune după cum am mai accentuat și mai sus și de condițiile fizice pe care le produce apa, când intervine de sigur fenomenul adeziunii. Aceste condițiuni nu le-a putut influența cantitatea mică a sodiului din ascorbinat.

¹⁾ Velluda și Antonescu, — Ardealul Medical, 8, 1943.

natul de sodiu pentru diluțiile până la $5^{0/00}$, de aci încolo schimbându-se probabil condițiile fizice, dela această concentrație, tonotropismul a dispărut și el.

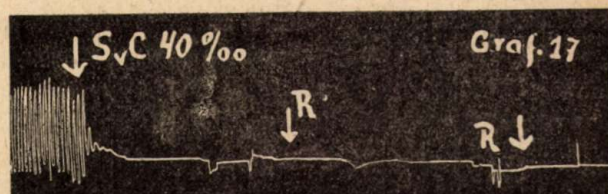
În toate cele trei soluții observăm existența netă a acțiunii depresive a acidului l-ascorbic în concentrația de $5^{0/00}$ — când ea apare cu totul caracteristică în toate soluțiile. Diferențele în ce privește concentrația la care apare depresivă ca și începutul toxicității în soluțiile de mai sus, nu modifică acțiunea depresivă a ei și nici aspectul curbelor din jurul concentrației de $5^{0/00}$. De aceea, în această concentrație trebuie să considerăm acțiunea ei cea mai constantă și cea mai caracteristică.

Acțiunea depresivă apare cel mai de timpuriu în ser, apoi în apă și la urmă în Ringer.



Concluziuni.

1. În afară de acțiunea depresivă a acidului ascorbic în soluția Ringer, se constată aceeași acțiune depresivă și în soluția de ser sau apă.
2. Acțiunea depresivă e mai accentuată în ser, apoi în apă și apoi în Ringer.
3. Acțiunea depresivă cea mai constantă pentru toate cele trei soluții apare la concentrația de $5^{0/00}$.



4. Toxicitatea ei începe în jurul concentrației de $10^{0/00}$. Toxicitatea cea mai accentuată fiind în primul rând în apă, apoi în Ringer și la urmă în ser fiziologic.
5. Concentrațiile peste $10^{0/00}$ sunt din ce în ce mai toxice, fără posibilitate de reanimare a inimii prin spălare cu Ringer.

Legenda pentru figuri.

- R = soluție Ringer normală
S = soluție fiziologică $8^{0/00}$
vC = soluție apoasă de vitamină C
RvC = soluție Ringer conținând vitamină C
SvC = soluția ser fiziologic conținând vitamină C.

RESUMÉ

Nouvelles recherches pharmacodynamique avec l'acid l-ascorbic (vitamine C) sur le coeur isolé de grenouille.

Les auteurs après une série des recherches expérimentales pharmacodynamiques faits avec le coeur isolé des grenouilles sur l'action et la toxicité de l'acid ascorbic (vitamina C) dans les solutions Ringer, aqueux et dans le serum physiologique sont arrivés aux conclusions suivantes :

La vitamine C a une action dépressive sur le coeur isolé de la grenouille, non seulement dans une solution Ringer — comme ils ont montré dans des expériences antérieures — mais aussi dans les solutions aqueux et dans le serum physiologique.

La plus dépressive action de l'acid ascorbic s'exerce dans le serum, après dans la solution aqueuse et en dernière lieu dans la solution Ringer.

La plus constante et accentuée action dépressive a lieu dans une concentration de 5‰ pour toutes les solutions.

La toxicité commence avec la solution de 10‰. Dans des concentrations qui dépassent cette limite, la vitamine C devient de plus en plus toxique et le coeur ne peut pas être réanimé par des lavages avec la solution Ringer.

La toxicité la plus accentuée se trouve dans la solution aqueuse, puis dans la solution Ringer et en dernière lieu dans le serum.

ZUSAMMENFASSUNG

Neue farmacodynamische Untersuchungen über die Wirkung der Askorbinsäure auf das isolierte Froschherz.

Als Endresultat einer Reihe von pharmakodynamischen experimentellen Untersuchungen über die Wirkung der l-Askorbinsäure (Vitamin C) in Ringer'sche Lösung, in wässriger Lösung und in Serum, sowie auf ihre toxische Wirkung auf das isolierte Froschherz, sind die Verfasser zu den folgenden Schlussfolgerungen gelangt:

Vitamin C wirkt auf das isolierte Froschherz depressiv nicht nur in Ringerscher-Lösung — wie man es in einer früheren Arbeit bewiesen hat — sondern auch in Wasser und in Serum.

Die depressivste Wirkung hat die Askorbinsäure in Serum, dann in Wasser und am Ende in Ringerscher-Lösung.

Die beständigeste und entschiedenste Wirkung übt sie alle Lösungen bei 5‰-iger Konzentration aus. Ihre Toxizität beginnt bei 10‰-iger Lösung, und die mehr als 10‰-ige Konzentrationen sind immer mehr toxisch, ohne Möglichkeit der Wiederbelebung des Herzens durch Spülungen mit Ringer. Die allergrösste Toxizität erscheint am allerersten in Wasser, dann im Ringer und am Ende in physiologischer Kochsalzlösung.

Un caz de gynecomastie ¹⁾

de

Dr. I. Macavei

Chestiunea intersexualității a stârnit încă din vechime legitime curiozități. Grecii numeau flințele posesoare a ambelor caractere sexuale androgini, iar romanii hermafrodiți. Sunt cunoscute multe opere de artă din antichitate, răspândite prin muzeele Europei, în care artiștii au reprezentat în statul vestite aceste anomalii. (Hermafroditul din Florența, Roma, Londra, Stockholm, etc.)

Din punct de vedere medical Renaudin în 1797 s'a ocupat pentru întâia dată cu descrierea cazurilor de hipertrofii mamare la bărbați, iar Paul d'Egline le-a numit gynecomastie.

Observând în clinică în ultimul timp un caz de gynecomastie la un bărbat de 56 ani, care s'a prezentat la consultații pentru o serie de tulburări nervoase, astenie, am crezut utilă publicarea lui mai ales că astfel de cazuri se observă numai accidental în serviciile de boli interne.

Bolnav în vârstă de 56 ani, de profesiune mecanic. În antecedente neagă boli infecto-contagioase sau venerice. A suferit de congestie pulmonară în repetate rânduri. Fumător moderat,

uzează cumpătat de băuturi alcoolice. În copilărie la vârsta de 13—15 ani, a avut o hipertrofie mamară pasageră. În timpul războiului trecut a suferit de nevroză de războiu. De 15—20 ani suferă de dureri articulare, cu caracter saltant, fără să fi observat vreodată o tumefiere a articulațiilor, sau să fie silit să-și întrerupă ocupațiile. A urmat în diferite rânduri tratament balnear. De 7 ani observă că mamele încep să-i crească progresiv. Concomitent testiculii se micșorează, diminuându-i apetitul sexual și potența. De aproximativ 8 luni nu a mai avut raporturi sexuale. De câțiva ani acuză o stare de astenie, oboseală nervoasă, este mai irascibil, care se răspândește în întreg corpul. Obosește repede și nu are poftă de lucru. Vine în clinică pentru aceste dureri articulare și fenomenele nervoase care-l împiedică să-și vadă în liniște de ocupații, ca înainte. De remarcat, că bolnavul are un copil în vârstă de 18 ani, sănătos, care însă între 13—16 ani a prezentat și el o hipertrofie mamară. La examenul obiectiv constatăm prezența unei hipertrofii mamare bilaterale pronunțate, fără secreție. Sistemul pilos din axilă lipsește, în regiunea pubiană mai redus. Nu are de loc păr pe piept sau picioare. Barba slab reprezentată. Penisul de volum redus, testiculele mici atrofice, de mărimea unor migdale puțin sensibile la presiune. Nu prezintă modificări patologice din partea aparatului cardio-vascular și pulmonar. T. A. 14—7 (V. L.) Urina galbenă clară, albumină, puroiu, zahăr, negative. Metabolismul bazal + 20%. Dozarea hormonilor sexuali ne-a dat ur-

¹⁾ Țin ca și pe această cale să exprim mulțumirile mele d-lui Prof. Ureche, pentru lămuririle date în legătură cu acest caz.

Gonopneumocid

• SULFAPYRIDIN HOMBURG

SPECIFIC CONTRA INFECȚIUNILOR

G O N O C O C I C E

cu efect sigur în:

D I S E N T E R I E

P N E U M O N I E

M E N I N G I T Ă

Erisipel, infecțiuni colibacilare ale căilor urinare etc.

AMBALAJE
ORIGINALE:



Tub cu 20 tabl. a 0,5 g
flac. cu 250 tabl. a 0,5 g.

Chemiewerk

Homburg
FRANKFURT A. M

Aktiengesellschaft

DEP.: PHARMAG S. A., BRAȘOV

BIROU DE PROPAGANDĂ, BUCUREȘTI, STRADA DANULUI, 3 BIS

Pentru prevenirea complicațiilor pulmonare la adulți și copii

Chinaether

eter - chinină - camfor

1-2 fiole pe zi profund intramuscular

Ovacliman

tablete

Brom-ovar, teobromină, papaverină, lactat de calciu

indicat

în turburările climacterice

**Pentru prepararea apei oxigenate proaspete în orice
cantitate sau concentrație**

Hyperol

tablete

Pentru toaleta zilnică a gurii :

HYPEROL AROMATIZAT CU MENTHOL

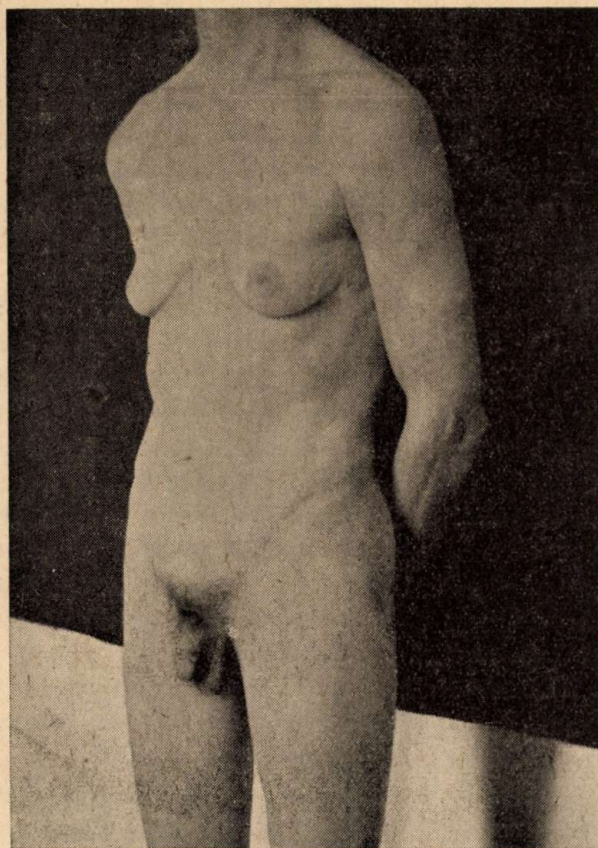
FABRICA DE PRODUSE CHIMICE

GEDEON RICHTER S. A.

București V, Strada Logofătul Tăut Nr. 99

Telefon 5.69.02

mătorul rezultat: Hormon gonadotraj „A” pozitiv, hormon gonadotrop „B” negativ, hormon folicular pozitiv.



În ultimul timp Schmidt cercetând literatura a adunat 179 cazuri. Frecvența ginecomastiei, după Puech ar fi în proporție de 1 : 13,000 la vârsta de 21 ani. Apariția ei în timpul pubertății băieților este mai frecventă și este considerată de către majoritatea autorilor ca un fenomen fiziologic. A fost descrisă ca „mastita adolescenților” sau „pseudomastită”. Schuller (teză, București, 1935) a găsit-o în proporția de 2,60%, Wolfshaut (teză, București 1937) în 31%, Simian, Wolfshaut și Morolanu în 28,8%, în cazurile pe care le-au examinat la școlarii între 10—18 ani. În toate cazurile a fost vorba de hipertrofia mamei transitorii cu o dezvoltare normală a aparatului genital.

În afară de aceste cazuri fiziologice de ginecomastii ale pubertății, au fost descrise cazuri mai rare la copii sub 10 ani sau la bătrâni în perioada de involuție sexuală, ginecomastii în cursul tumorilor testiculare maligne, seminome, teratome corio-epitelioame, la acromegalici, macrogenitosomii, sindrome adipozo-genitale, și ginecomastii în afecțiunile care nu au nicio legătură cu organele sexuale. Astfel s-au descris cazuri de ginecomastii și abcese pulmonare și mai ales ginecomastii în cirozele hepatice. Silvestrinul descrie pentru întâia dată în 1904 asociația ginecomastiei cu ciroza hepatică. De atunci încoace au fost publicate numeroase cazuri. După Silvestrinul, hipertrofia mamei în ciroze s'ar da-

tori unei inflamații cronice a lor, provocată de stază venoasă. Deci nu ar fi o ginecomastie reală. Capriglione Bernardinelli și Costa Cruz, dau însă o altă interpretare etio-patogenică acestor asociații. Factorul constituțional are un rol important în geneza cirozelor. Ele se observă adeseori la indivizii ipogentili, ipotiroidieni, iposuprarrenalocorticali, ipotituitari, în urma unei restricțiuni a puterii regeneratoare a parenchimului hepatic; stări constituționale, care favorizează acțiunea nocivă a factorilor exogeni. Asociația acestor factori ca și etilismul atât de frecvent în etiologia cirozelor prin alterațiile ce le produce, (scleroza testiculară) poate fi făcută răspunzătoare de apariția ginecomastiei și poate explica existența ei în cazurile de ciroză.

Etio-patogenia ginecomastiei de altfel constituie un punct încă incomplet clarificat. În fiecare bărbat și fiecare femeie se găsesc alături de caracterele dominante ale sexului lor și caractere sexuale ale sexului opus. Câteodată aceste caractere se evidențiază în mod anormal, modificând aspectul morfologic și psihic al individului. Momentul în care apar aceste modificări, factorii care le declanșează ca și mecanismul intim care domină producerea lor, este necunoscut. Interdependența dintre glandele cu secreție internă, corelația și antagonismul dintre ele, au fost utilizate pentru explicarea sindromelor endocrine.

Ipertrofia glandei mamare la bărbați apare uneori în perioada de involuție sexuală, alteori pasageră în cursul pubertății.

S'a invocat de către Baumgartner ipoteza unei anomalii reversibile. Testut consideră prezența mamelelor la bărbați ca atavism. Tisseul crede că este vorba de o dis-endocrinie testiculară pe bază eredo-sifilitică. Pentru a explica apariția ginecomastiei în cursul perioadelor de involuție sexuală s'a emis ipoteza că ar lipsi din organism o substanță cu acțiune inhibitoare asupra creșterii mamelelor. S'a remarcat însă apariția hipertrofiei mamare și în macrogenitosomie, sindrom în care testiculul este la maximum de funcțiune.

Profesorul Ureche observând un caz de ginecomastie la un paralizic general, presupune că ar fi vorba de o distrofie în legătură cu afecțiunea sa cerebrală, existând probabil alterațiuni în regiunea tubero-hipofizară, bolnavul prezentând glicozurii intermitente, o diminuare a potenței și tendința la distrofie grasă. Este cunoscută importanța lobului anterior al hipofizei pentru apariția și persistența lactației. Extrasele alcaline din antehipofiză, posedă o acțiune galactogenă și la masculii castrați sau hipofizectomiizați (Prolactin). Injecțiile cu Prolactin au și proprietatea de-a produce o atrofie testiculară. Cât de importantă este regiunea tubero-hipofizară în producerea ginecomastiei reiese dintr-o altă observație a profesorului Ureche și Mihăilescu, în care la un ginecomast cu arterioscleroză și atrofie testiculară

la autopsie s'au găsit focare de ramollismen ce se întindeau până în regiunea tuberiană. Galactoreea a mai fost întâlnită în afecțiunile ipofizo-tuberiene (acromegalie, siringomiella situată sus). În galactoreea tinerelor fete încă s'a constatat radiologic o dilatare a șelei turcești datorite probabil unuia adenom ipofizar latent. În unele cazuri autopsiate s'au găsit leziuni istologice ale ipofizei caracteristice ipofizei de sarcină. Parhon a descris un caz de ginecomastie la un gigant, la unul cu sindrom Cushing. Într'un alt caz bănuiește că scarlatina a putut influența centrul vegetativ din tuber.

Există cazuri de ginecomastie apărute după traumatisme testiculare, leziuni inflamatorii, care duc la atrofia testiculară sau procese tumorale (răncire, orchită urleană, sifilitică, scleroză testiculară, seminome, teratoame, corio-epitelioame). S'au publicat cazuri în care după extirparea seminomului a dispărut și hipertrofia mamară.

Parkes și Webers au observat un caz de ginecomastie la un bolnav cu hipernefroză și metastaze pulmonare. În cortexul suprarenal unul din autori a separat un hormon galactogen.

Ereditatea încă trebuie luată în considerare. În cazul observat de noi atât tatăl, cât și fiul au prezentat o hipertrofie mamară pasageră în perioada pubertății. La tată această hipertrofie, pronunțată de astădată, a reapărut în perioada de involuție sexuală, putând face analogia cu infantilismul regresiv al lui Gandy. Ar putea fi incriminată o disendocrinie testiculară pe bază eredo-sifilitică sau o stare de heterosexualitate (hermafroditism latent.)

Apariția ginecomastiei în cursul pubertății băieților încă a ocazionat explicații variate. Natura hormonală a acestei ginecomastii pubere este indiscutabilă și apariția ei este considerată ca un fenomen fiziologic. Hipertrofia mamară este datorită în aceste cazuri unei hipertrofii fiziologice a țesutului pericanalicular și periacinos cu hiperplazie epitelială (Rosenblum). Parhon crede că este vorba de o hipertrofie datorită începutului funcțiunilor normale a testiculelor. Alții o interpretează ca o debilitate testiculară. Pe un mare număr de elevi examinați, chiar la cei cu hipertrofii mamare, organele genitale au fost găsite normale ca dezvoltare și funcțiune. Fellner și Laquer au reușit să extragă din testicule o substanță capabilă să producă hipertrofia mamară, iar Selye, Ewen și Collip, injectând zilnic 200 u. gama testosteron, au provocat apariția unei hipertrofii mamare, urmată de lactație, la cobaiul mascul și la femelele castrate și necestrate (Simlan.)

Există atâtea cazuri de hermafrodiți cu aceleași alterațiuni ale organelor sexuale, unii cu, alții fără hipertrofie mamară. Amintim cazul publicat de Prof. Ureche și Țeposu, ginecomastie la un tânăr de 25 ani cu lipsa unui testicul, care pe lângă o funcție sexuală bărbătească normală, mai prezenta lunar dureri abdo-

minale de 3—4 zile, la intervenția chirurgicală găsindu-se un ovar în stare de funcțiune. De sigur că mecanismul intim de producere și apariția ginecomastiei ne scapă.

Faptele și constatările expuse ne îndreptățesc să credem că leziuni ale ipofizei sau regiunii infundibulo-tuberiene pe calea raporturilor interglandulare pot fi făcute răspunzătoare de apariția ginecomastiei.

La examenul anatomo-istologic, se constată prezența unei hipertrofii mamare uni sau bilaterală. Sânul stg. este mai adeseori cel mai hipertrofiat. Grüber din 45 cazuri a constatat o hipertrofie bilaterală în 35 cazuri dreaptă în 5 și stg. tot în 5 cazuri. Volumul și forma mamelelor este variabil, asemănător însă cu sânii fetelor tinere. S'au descris și sânii lungi (Petrequin.)

Istologic se constată dezvoltarea canalelor galactofore, fără acini glandulari (de altfel nici la femei acinii nu se dezvoltă decât în cursul sarcinii sau alăptării.) Țesutul fibros și grăsimea însă predomină. S'au notat și cazuri cu secreție lactată. Într'un caz autopsiat s'a constatat modificări de structură ale ipofizei caracteristice ipofizei de sarcină.

Simptomatologia, diferă în ceea ce privește simptomele generale de la caz la caz. Depinde de vârsta și cauza declanșatoare a ginecomastiei.

În pubertate în afară de simptomele locale, hipertrofia mamară, nu avem alte acuze. Și această hipertrofie este pasageră.

Dacă survine în perioada de involuție sexuală vor domina fenomenele nervoase, o stare de astenie, oboseală, lipsa apetitului sexual, emotivitate, etc. Bolnavii remarcă adeseori dispariția caracterelor secundare sexuale, lipsa sistemului pilos din subțiori, din regiunea pubiană, apoi atrofia testiculară, impotență, etc. Dezvoltarea mamelelor poate provoca o jenă prin frecarea de vestimente și o jenă morală la bărbații care trăiesc în colectivități (militari.)

Dozarea hormonilor sexuali la acești bolnavi arată o diminuare importantă a hormonilor masculini și eliminarea în cantități mari a hormonilor, gonadotropi și de maturare.

În concluzie este vorba de un caz de ginecomastie bilaterală, dezvoltată progresiv în decurs de 7 ani, la un bărbat de 56 ani, în legătură cu o involuție sexuală cu atrofia testiculară, care a dus în ultimul timp la impotență.

Ceea ce ne pare interesant este că bolnavul nostru a avut timp de câțiva ani în perioadă pubertății o hipertrofie a mamelelor, care apoi a dispărut, același hipertrofie mamară apărând și la băiatul lui între 13 la 16 ani.

Am ținut să prezentăm observația acestui bolnav dată fiind raritatea afecțiunii.

CLINICA MEDICALĂ I.

Director Prof. Dr. Iuliu Hațieganu

RESUMÉ

Un cas de Gynecomastie

L'auteur décrit un cas de gynécomastie survenue chez un individu de 56 ans et qui s'est développée, progressivement, pendant les 7 dernières années parallèlement à une atrophie testiculaire. Il est intéressant à observer que le malade a présenté une hypertrophie de mamelles à l'âge de la puberté et que la même hypertrophie est survenue chez son fils entre 13 et 16 ans.

Partant de cette observation l'auteur étudie le problème de la pathogénie de la gynécomastie. Il insiste sur l'importance des lésions de l'hypophyse ou de la région infundibulo-tubérienne ainsi que sur l'hérédité qui est surtout manifeste dans le cas observé par lui.

ZUSAMMENFASSUNG

Ein Fall von Gynecomastie

Es wird ein Fall von Gynecomastie bei einem 56-jährigen Manne beschrieben, welche sich in den letzten 7 Jahren fortschreitend parallel mit einer Hodenatrophie, entwickelte. Als besonders merkwürdig wird hervorgehoben, dass während der Pubertät des Patienten eine vorübergehende Hypertrophie der Brustdrüsen eintrat. Derselben Vorgang wiederholte sich beim Sohne des Patienten zwischen den 13—16 Jahre.

Der Verfasser bespricht die Pathogenie der Gynecomastie besonders in Zusammenhang mit Läsionen der Hypophyse und des Zwischenhirn sowie der wahrscheinlichen Heredität.

Obstrucția canalului cistic prin ascarizi

de

T. Spătaru

P. Radu

V. Baican

Prezența ascarizilor în organism de cele mai multe ori decurge fără a da turburări prea mari, uneori fără niciun simptom, câteodată numai apariția lor în scaune sau vărsături trădează prezența parazitului.

În general ascaridoza cu sediul în intestinul subțire este relativ destul de tolerată. Sunt descrise un număr destul de mare de cazuri unde ascarizii au impresionat prin numărul lor mare — *Netterheimer* — citează un caz la care în timp de 3 ani, s'au eliminat 5126 paraziți. *Rytic* la autopsie a găsit 1488, *Zimmermann* a scos dela un copil negru 2000 exemplare. *Schlössmann* pune în evidență radiologic în intestinul subțire gheme de ascarizi, voluminoase, dar astfel aranjate încât nu modificau cu nimic pasajul normal.

Când sub influența anumitor împrejurări ascarizii migrează în alte organe, atunci pot da turburări din cele mai serioase. Aceste turburări produse de ascarizi pot fi mecanice, sau chimice alergice. Reacția organismului e diferită, în unele cazuri un singur parazit poate da cele mai grave turburări ale sănătății; ca hemoragii intestinale hematemeză, ileus, etc. pe când alte cazuri parasiitate masiv trec ușor chiar fără nicio reacțiune.

Accidente mecanice survin atunci când ascarizii în segmentele intestinale mai profunde se înghemulesc, formând noduri, dând sindromul ocluziei intestinale, sau se prezintă sub aspectul unei mase tumorale cum s'a observat în cazurile descrise de: *Henning, Lewy, Porter, Watson, Schall, Onaca*, etc.

Sediul obișnuit al ascaridului este intestinul subțire. Prezența lui a fost semnalată în cele mai îndepărtate și variate organe, cavitatea bucală, stomac, faringe, bronșii, pulmon mediatin, cavitatea abdominală,

uter, vagin, precum și în urechile medii și căile lacrimale, sau să migreze de-a-lungul canalelor strâmte tributare duodenului: *choledoc, Wirshung*, etc. și să pătrundă de aci în hepatic, cistic și vesica biliară — unde vor traduce fenomene clinice variate după locul unde au ajuns.

Numeroase sunt cazurile citate în literatură, de ascaridoza căilor biliare, descoperite accidental în timpul operațiilor — sau mai ales prin autopsie. Astfel de cazuri au fost citate de: *Cartulis, Barghioni, Dinay, Neugeboren, Hortolomei, Hinterstoisser, Dumitrescu, Stroia, Pop, Borza*, etc.

La începutul acestui an am avut prilejul să observăm o bolnavă care a prezentat semnele unei litlaze biliare, constatându-se ascaridul în canalul cistic la intervenția chirurgicală.

Femeia M. M., 54 ani, internată în clinica medicală I, din Cluj-Sibiu, la 27 Ianuarie 1943, fără antecedente heredocolaterale și personale. Boala pentru care vine în clinică a început în urmă cu 15 ani, când ar fi apărut dureri în hipocondrul dr. la intervale destul de distanțate și neregulate. Aceste dureri apar în regiunea ficatului iradiază în spate și în regiunea scapulo-umerală dreaptă.

La început crizele sunt mai șterse, cu timpul devenind mai pronunțate, luând un caracter sfredelitor și constrictor, apărând și noaptea, întovărășite de greață și vărsături biliare. Bolnava uneori avea impresia că durerile prin căldură se calmează, alteleori în schimb termoforul le exagerează. De 2 ori crizele durează sunt mai puternice, de 3 luni survin aproape zilnic, iar de 8 zile continuu fiind însoțite de vărsături subintrante și de o stare de excitație nervoasă.

Examenul clinic. Bolnava de statură mijlocie, emaciată, cu tegumentele și mucoasele anemiate, având un colorit ușor subicteric. Ganglionii nu se palpează în nicio regiune. Tesutul celulo-muscular conservat. Sistemul nervos nu prezintă nimic patologic. Pupilele egale, regulate, reacționează bine la lumină și distanță.

Reflexele păstrate. Pulmonar și din partea aparatului circulator, stare fiziologică. Asupra regiunii epigastrice și sub hipocondrul drept bolnava acuză o sensibilitate care crește la apăsare, ficat ușor mărit, cu marginea ștearsă și fixat într'un plastron, cu întreaga regiune subhepatică. Splina nu se palpează. Urina fără elemente anormale. Tensiunea arterială 12,5—8, leucocitoza 10.000. Viteza de sedimentare a globulelor roșii 115 diviziuni după 2 ore iar la 4 ore după injecția cu decholină 123, după 8 ore 124. Leucocitoza crește dela 8.600—la 10.800.

Se institue un tratament: antispasmodice, desinfectante, termofor, regim pentru boli de ficat, care însă nu influențează nici frecvența și nici intensitatea crizelor dureroase din cauza căror bolnava lua atitudinilor forțate. Criza durând aproape 3 zile fără întrerupere și necedând nici la dilucid, decât pentru câteva minute, se presupune un calcul inclavat în cistic pentru care motiv bolnava este transpusă la clinica chirurgicală pentru intervenție.

Operația. Se face o incizie supracostală dreaptă Pribram prin care se pătrunde în cavitatea peritoneală. Peritoneul este foarte îngroșat, fără luciu — prin deschiderea lui se cade peste un bloc compact format de aderențe multiple parietale și viscerele, care făceau din unghiul hepatic al colonului și fața interioară a ficatului o masă aderențială.

Cu multă dificultate se eliberează prin secționarea aderențelor peritoneale colonul și fața inferioară a ficatului — care se explorează — și după debridare se pune în evidență vesica care era complet mascată, iar fundul vesicii intim sudat de antrul piloric. Se explorează cisticul și choledocul care nu se pot evidenția de loc.

Se face puncția vesicii biliare se extrag circa 5 cmc. de bilă vâscoasă de culoare negricioasă și foarte fetidă.

Datorită dificultăților anatomo-patologice este exclusă cholecistectomia — mai ales că nu s'a putut lega cisticul din cauza țesutului scleros care masca complet istmul vesicii. Se procedează la deschiderea vesicii biliare prin electro-termocauter.

Peretele este foarte îngroșat, dur, scleros, de o grosime de aproape 1—2 cm. Se explorează cavitatea căutând calculul presupus. În afară de bilă găsim multe membrane libere și o masă mucilaginoasă gălbuie. Se deschide complet întreg diametrul longitudinal al vesicii până la istm. La acest nivel vesica prezintă o dilatare diverticuliformă de mărimea unei nucii — care în primul moment nu am putut-o identifica, fiind fixată de duoden prin o masă de aderențe. Se face o puncție exploratoare prin care extragem bilă — continuăm incizia vesicii și peste această dilatare. Cauterizăm cu electrocauterul, întreaga mucoasă a vesicii — în acel moment din fundul diverticului apare un ascarid care era mascat de masa mucilaginoasă amintită. Se evacuează ascaridul și se procedează mai departe după tehnica „mucoclasia Pribram” modificată de Prof. Dr. A. Pop. Se aplică un drenaj subhepatic cu meșe și tub. Se închide peritoneul și se reface peretele.

Mersul postoperator. În prima zi după operație bolnava e subfebrilă, pulsul 85, starea generală foarte bună. Se administrează glucoză.

În a doua zi după operație (48 ore), se controlează, plaga și se scot meșele și tubul. Subfebrilitatea se menține, puls 80, starea generală bună. Plaga nu secretă nimic, nu curge bilă.

A treia zi temperatura 38,5 pulsul 96, puțină greață, apoi vărsături bilioase, care cedează după 2—3 ore. Se administrează antispasmodice și glucoză de 2 ori la zi 150 cmc. plus cardiotonice. Bolnava este subicterică.

A patra zi temperatura 36,9, puls 75, starea generală foarte bună. Se controlează plaga — din orificiul inferior se scurge bilă din abundență, — pansamentul complet imbibat, se pansează. A cincea zi temperatura 36,5, puls 75, starea foarte bună — subicterul a cedat complet.

Dela a 6-a până a 14-a zi totul se menține ca mai sus. Afluxul de bilă e tot mai mare. A 14-a zi se face o instilație prin

fistula biliară cu 2 cmc. aether, bolnava acuză dureri mari. Bila curge din abundență.

În a 20-a zi se repetă instilația fistulei cu 5 cmc. de aether, după câteva momente bolnava acuză dureri foarte puternice, o ușoară senzație de sufocare și balonare gastrică cu eructații și senzație de aether în gură. Se impune bolnavei imobilizarea absolută timp de 1 oră.

Dela 22—25-a zi scurgerea de bilă a încetat complet, iar fistula s'a închis. Bolnava a părăsit clinica vindecată.

În etiologia ascaridozel, mai ales în timp de război o mare parte din autori înclină asupra aglomerărilor mari de oameni care favorizează infecțiile. Acest fapt s'a remarcat și de noi în actualul război, când nu odată în plăgile abdominale cu perforații intestinale, am găsit în peritoneul liber ascarizii (6 cazuri).

Ouăle de ascarizii ajunse accidental sau prin alimente ingerate — în contact cu suc duodeno-jejunal; supuse acțiunii acestora, vor elibera larvele prin destrucția cuticulei externe. Larvele odată eliberate, pot rămâne aici în intestin până la maturarea completă, sau în stadiul de larvă să migreze în căile biliare, unde pot să stea până la maturitate.

În afară de acest mod de infestațiune se mai cunoaște calea directă, prin larve provenite dela animale. Lutz a emis părerea unei autoinfecțiuni secundare.

După ce larvele au ajuns libere în intestin, — de aici pot urma un circuit entero-hepato-pulmonar, — de unde prin bronșii ajung în laringe și apoi în cavitatea bucală, iar de aici cu saliva în stomac, făcând în felul acesta posibilă autoinfecțiunea secundară.

De aici pătrunderea ascarizilor în căile biliare — se poate face în mai multe moduri, fie sub formă de larve care urmează ciclul entero-hepato-pulmonar, sau sub formă de migrația ascaridiană adultă.

Este bine cunoscut instinctul dezvoltat de migrație a ascaridului în timpul maturității sexuale, de aceea unii autori se întreabă, dacă această migrație în spre duoden nu este ceva analog, cu fenomene de migrație al peștilor în perioada de depunere a ouălor.

Tsujimura — crede că modificarea mediului intestinal prin substanțe medicamentoase luate mai mult timp și care produc o modificare a chimismului intestinal ar determina uneori ascaridul să părăsească intestinul.

Pe de altă parte multe alimente și articole alimentare, picante, eterice, alcool, chloroform, santonină, etc., influențează ascarizii, întâlu excitant, apoi toxic — și îl slăbește să se îndepărteze din acel mediu neprielnic.

Afecțiunile cronice inflamatorii ale intestinului subțire, asociate de o peristaltică mărită, ar fi larăși o cauză de migrație.

Vierordt — pune această migrație pe seama acțiunii sucului gastric, care ajungând în intestin crează un mediu neprielnic ascarizilor, care astfel fug în spre căile biliare — cu suc alcalin.

„In rezumat se poate constata că Paspap, pe baza amestecului său antigen polivalent, produce o desensibilizare nespecifică a organismului în Astma bronchială și în bronșitele astmaticilor.

Paspap este în măsură să înlocuiască, în majoritatea cazurilor, desensibilizarea specifică. La o selecțiune minuțioasă a cazurilor și observarea exactă a prescripțiunilor de întrebuințare și de dozare, se obțin vindecări durabile, respectiv importante ameliorări.”

Dr. M. HERMANN „HIPPOKRATES”
1940. Heft 31.

PASPAT

pentru desensibilizare în

ASTMA BRONCHIALĂ

și

RHINITĂ VASOMOTORICĂ

la orice vârstă chiar și la copii.

Fiole pentru scarificațiuni

Literatură vă stă cu plăcere la dispoziție

LUITPOLD-WERK, MÜNCHEN

Depozit permanent al preparatelor Luitpold-Werk în România:

„DROGUERIA STANDARD” S. A. R.

București I — Str. Sf. Ionică, 8

ANEMOCIT

Injectii à 2 cmc.

Extract de ficat injectabil, bine desalbuminat și deimpoldat

Cuții cu 5 fiole à 2 cmc.

Anemii pernicioase, gravidice, convalescență.

ANEMOCIT FORTE

în fiole à 5 cmc.

Extract de ficat injectabil, bine desalbuminat și deimpoldat

Cuții cu 5 fiole à 2 cmc.

Anemii pernicioase, gravidice, convalescență.

ANEMOCIT DRAGELE

Flacon à 30 bucăți

Formula:

Principiu antianemic din ficat	0,03 gr.
Protoxalat de fier	0,05 "
Complex vitaminic B din drojdie	0,10 "
Extract de mucusă stomachică	0,10 "
Excipient aromatizant	0,25 "
pe bucată.	

Anemii pernicioase, gravidice, convalescență.

CEREBROTONIN

Tonic reconstituant pe bază de glicerofosfați, extract de ficat și vitamina B.

Forma A cu arsen

Formula:

Glicerofosfați/Ca, Fe, Na și strichnină	3%
Vitamina B, extract concentrat	2%
Extract de ficat concentrat	1%
Gluconat de calciu	1%
Clorură de magneziu	0,5%
Formiat de sodiu	0,2%
Extract de cola	1%
Metilarseniat de sodiu	0,05%
Clorură de mangan	0,02%
Excipient aromatizant q. s. ad.	100 cmc.

Forma B fără arsen

Formula:

Glicerofosfați/Ca, Fe, Na și strichnină	3%
Vitamina B extract concentrat	2%
Extract de ficat concentrat	1%
Gluconat de calciu	1%
Clorură de magneziu	0,5%
Formiat de sodiu	0,2%
Extract de cola	1%
Clorură de mangan	0,02%
Excipient aromatizant q. s. ad.	100 cmc.

Stări de slăbiciune nervoasă, anemie, depresiune, neurastenii, surmenaj, convalescență.

Mostre și literatură:

„NEOFARM“ Laborator Chimico-Farmaceutic

București V, Calea Vitanului 11 — Telefon 5.73.46.

Afecțiunile febrile prin ascensunea de temperatură sunt cauze constante de excitație ascaridiană, atât clinic, cât și experimental — și în felul acesta favorizează migrarea (*Schlössmann*).

Ca ultimă cauză și posibilitate de migrare amintim leziunile inflamatorii — cu dilatația căilor biliare — și în special a orificiului choledocian.

În ce privește modalitatea de infestație a căilor biliare prin ascarizi, părerile sunt împărțite — atât în sensul infestării larvare — cât și în cel prin infestare cu adulți — migranți — ceea ce denotă lipsa dovezilor suficiente pentru a demonstra o modalitate sau alta. Totuși cel mai mulți autori înclină a crede că în cazurile cu mulți ascarizi — și unde afecțiunea nu datează de timp mai îndelungat, infestația s'a făcut prin larve.

Împotrivă, acolo unde avem o suferință mai veche: vechi hepatici, cu calculi, pericholecistite, aderențe, etc. și unde găsim unul sau mai mulți ascarizi, acolo cu multă certitudine infestația s'a făcut prin migrarea parazitului din intestin spre ficat.

La copii și adolescenți, indiferent de modalitatea de pătrundere, cele mai multe păreri sunt pentru infestația aproape exclusiv prin larve, (*Kantsot, Eberle, etc.*).

Odată, ascaridul ajuns în canalele biliare, sau vesică — aduce cu sine o serie de modificări care în mare se pot împărți în două: mecanice și inflamatorii. Printre cauzele mecanice putem să amintim obstrucția choledocului, a hepaticului, cisticului și foarte rar perforația veziculei biliare (*Ulmann*).

Mertens — citează un caz de obstrucție cu icter grav, care după o durată de câteva săptămâni cedează brusc prin eliminarea a doi ascarizi, fără macerare și colorație bilirubică, ceea ce înseamnă că ascaridul nu a fost strangulat. Experiența operatorie arată că în cele mai multe cazuri obstrucția marilor căi biliare este incompletă, deoarece mișcările vermiculare dilată căile biliare uneori până la grăslimea unui deget și prin mișcările lor împing înainte bila. Rareori însă prin moartea accidentală a ascaridului, fixat în papilă — acestea se obstruiează complet, având drept consecință icterul mecanic.

Ascaridul prin armătura lui bucală traumatizează mucoasa căilor biliare — deschizând în felul acesta o poartă de intrare pentru diferiți agenți microbieni vehiculați chiar de paraziți din intestin, sau proveniți pe căile hematogene — ca urmare a acestuia va apărea toată gama leziunilor inflamatorii: cholecistită, angiolită, abcese hepatice, etc.

O problemă care se mai pune în legătură cu ascaridoza căilor biliare — este coexistența calculozelor cu ascaridoza. Problema încă nu este elucidată complet.

Ishyama — în lucrarea sa „Contribuții la litlaza biliară de origine parasitară” în baza cercetărilor sale personale susține că ascarizii pot pătrunde în căile biliare numai în acele cazuri, unde în prealabil există un proces inflamator sau sunt prezenți calculi, care prin acțiunea lor duc la o insuficiență a sfincterului lui Oddi. Dă o statistică de 750 cazuri de litlază biliară, din care 45 ori ascaridul era concomitent cu calculii, în 41 ori se afla în choledoc, — de 3 ori în vesică și o singură dată în căile intrahepatice. În cazurile izolate dar totuși destul de frecvente *Myake* — studiind îmbolnăvirile ascaridiene în Japonia și cele a vezicii biliare, ajunge la concluzia că ascaridoza ar juca un factor important în geneza litlazei biliare. Astfel din 93 cazuri s'au găsit de 9 ori calculi cu corpuri de ascarizi, drept nucleu al calculului.

Franke, Molnar, etc. susțin că de cele mai multe ori este numai o simplă coincidență coexistența calculozelor cu prezența ascarizilor.

Marele număr de cazuri ale profesorului *Hortolomei*, — care din 61 bolnavi cu ascaridoză biliară, găsește 60% litlază biliară; *Bertone* — chiar în 73% — fac să se creadă că o întâlnire simultană și accidentală de calcul și parazit, să fie puțin verosimilă.

Pe de altă parte alți autori, ca *Neugeboren, Phlegardt, Rosenthal, etc.*, cred că litlaza biliară este primitivă și eliminarea calculilor în spre duoden ar favoriza pătrundera ascaridului în căile biliare, prin dilatarea lumenului acestor canale.

O posibilitate intermediară între cele arătate mai sus ar fi că în caz de parazitare a căilor biliare prin adulți — calculoza ar fi primitivă, iar în caz de parazitare prin larve — ascaridoza prin leziunile inflamatorii ce le produce ar fi cauza calculozelor secundare (*Borza*).

În ce privește diagnosticul ascaridozei căilor biliare — se întâmplă mai greu — de multe ori nici nu se poate pune, rămânând în seama chirurgului precizarea diagnosticului. Totuși din anamneză, simptomele — se poate bănuși prezența parazitului, atunci, când prin mijloacele care ne stau la dispoziție eliminăm alte posibilități de lezare a căilor hepatice. În aceste cazuri atenția trebuie îndreptată dela început asupra analizei materiilor fecale. Prezența ouălor de ascarizi va preciza diagnosticul. Dar dacă prezența ouălor sau chiar a parazitului confirmă diagnosticul, lipsa lor nu pot să-l infirme căci nu arareori au fost cazurile când examenul coprologic a fost negativ chiar în ascaridoza cu mai mulți paraziți. Se cunoaște că raportul numeric între femele și mascul este 1:1,5 (*Brompt, Negău*), deci de cele mai multe ori pot fi numai masculii — și în felul acesta se explică lipsa ouălor, sau chiar fiind și femele, ele pot sta în intestin fără să ajungă la maturitatea completă sau după *Fulleborn*, să fie o formă de

ascaridoză străină spețel, care nu ajunge niciodată matură în intestinul uman. Un alt simptom tot atât de incert îl constituie eusinofilia, care e prezentă de multe ori, dar s'au cunoscut cazuri grave de ascaridoză unde a fost lipsă (un caz grav descris de Winterfeld). Examenul radiologic de multe ori dă rezultate satisfăcătoare.

Simptomele locale, care se reduc în deosebi la acțiunile mecanice ale parazitului, ca colicele pe nemâncate, mai ales, în regiunea ombilicală, sensibilitate la presiune în regiunea abdominală, vesicală, etc. precum și anorexia, greața, vărsături. De amintit sunt efectele toxico-chimice ale infestațiunii ascaridiene, care aduc după sine anemia secundară — alorea, culoarea schimbată a feței și multe manifestări nervoase, ca: crize spastice, trismus, miștriază, etc. Sau în cazurile mai grave: iritațiuni cutanate, urticarie, ambliope, amauroză, strabism, turburări vizuale și auditive, afonie, vertijii, diferite alterațiuni psihice.

Tot ca o consecință toxică, pot să apară turburări cardiace sau ale sistemului nervos central.

Am amintit aceste simptome care coordonate pot duce la supoziția unei îmbolnăviri ascaridiene și nici decum certitudine — mai ales că este în cauză și ficatul și căile biliare — unde diagnosticul aproape întotdeauna se pune numai pe masa de operație, cum a fost și în cazul nostru.

Din descrierea cazului nostru ținem să desprindem următoarele: În toate cazurile de obstrucțiunea căilor

biliare — unde prin mijloacele clinice și de laborator, nu se poate evidenția etiologia suferinței, este consult să se facă investigațiuni în sensul ascaridozel.

Insistând asupra unor detalii caracteristice pentru parazitoză — diagnosticul uneori va fi posibil, dacă avem în vedere: istoricul boalei, precum și asupra unor examene particulare pentru parazitoza intestinală ca eusinofilia și examenul coprolitic.

CLINICA CHIRURGICALĂ I. — CLINICA MEDICALĂ I.

RESUMÉ

Obstruction du canal cystique par des ascarides

Les auteurs décrivent le cas d'une femme de 54 ans, qui a présenté la symptomatologie d'un calcul inclavé dans le canal cystique. A l'intervention chirurgicale on a constaté un ascaride dans le canal cystique. En liaison avec ce cas on fait quelques considérations sur la pathogénie, la symptomatologie et le diagnostic de cette affection.

ZUSAMMENFASSUNG

Verstopfung des Cysticus durch Askariden

Die Verfasser beschreiben den Fall einer 54 jährigen Frau welche alle Symptome eines in Cysticus steckengebliebenen Gallensteines aufwies. Bei der Operation wurde im Cysticus ein Ascaris gefunden. In Zusammenhange mit diesen Falle werden Betrachtungen über Pathogenie, Symptomatologie und Diagnose dieser Erkrankung angestellt.

Hemoragie meningeală într'un caz de nefrită acută

de

O. Fodor

În primăvara acestui an nefritele acute au apărut într'un număr foarte mare. Formele clinice și complicațiile au fost cele mai variate. Sindrome hemoragice în nefritele cronice și în sclerozele renale nu sunt o raritate, în nefrită acută însă, se observă foarte rar. Hemoragie meningeală în nefrita acută nu a fost observată în clinica noastră, nici în literatură nu am găsit-o amintită.

În nefrita acută, ca accident hemoragic este cunoscut epistaxis-ul, iar Grahe a atras atenția asupra turburărilor de echilibru și auz, la autopsie găsind hemoragiile fine în urechile medie și internă.

Observația de mai jos este a unui bolnav care în decursul unei nefrite acute a făcut o hemoragie meningeală:

G. P. 44 ani. Se internează pentru edeme ale feței, membrilor inferioare și dispnee.

Antecedentele heredocolaterale n'au importanță.

În 1918 a suferit de malarie. Neagă boli infecto-contagioase și venerice. Fumează câte 20 țigări la zi. Consumă rar alcool.

Este bolnav de o săptămână, de când acuză dureri ușoare în regiunea sacrolombară și o greutate continuă în regiunea epigastrică însoțită de senzație de plenitudine și balonare postalimentară. A treia zi a bolii observă că se tumefiază regiunile maleolare, mai accentuat dacă stă în picioare. Concomitent se tumefiază fața și organele genitale. În ultimele trei zile este dispneic la cel mai mic efort, adeseori are senzație de sufocare și o cefalee intensă occipitală.

La examenul obiectiv un individ de statură mijlocie, tegumentele mai palide, edem al feței, membrilor inferioare și genitale. Senzoriul clar, pupilele centrale, egale, rotunde, reacționând la lumină și distanță. Reflexele osteo-tendinoase se produc normal. Prezintă o ușoară rigiditate a cefei. Aparatul respirator: sonoritate pulmonară și murmur vesicular cu raluri bronșice. Hemidiafragmele mobile. Matitatea precordiacă între limitele normale. Sgomotele cardiace clare, ritmice, bine bătute la toate focarele. Pulsul 50. Tens. art. 16,5—8. Abdomenul de circumferință ușor

mărită peretele abdominal fiind infiltrat în partea declivă. Ficatul și splina nu sunt mărite. Hematii: 4,080,000 Hemoglobină 80%. Viteza de sedimentare a hematiilor: la 2 h: 21 mm W. Azotul ureic 65,2 mg. %. Reacția Wassermann în sânge și lichid cefalo-rachidian negativă. Ex. urinei: culoarea galbenă clară, densitatea variază spontan între 1014—1019. Albuminurie intens pozitivă. Puroiu, zahăr, negative. În sedimentul urinar se constată multe hematii, rari leucocite.

La 22 V, se începe tratamentul, administrându-se regim sec, emisie de sânge de 200 cmc., injecții stofantină, glucoză și vitamină C. Cefaleea occipitală care durează deja de 3 zile, se pronunță tot mai mult, accentuându-se și rigiditatea cefei

22—25 V, diureza oscilează în jurul a 800 cmc., iar tensiunea arterială în prima zi de internare 16,5—8,5, se ridică a doua zi la 18,5—9,5.

25 V, la orele 10 dim. tensiunea arterială este 12,5—6,5, edemele fiind aproape complet rezorbite. Cefalea foarte puternică vărsături incoercibile, ceafa rigidă, semnul lui Kernig pozitiv. În aceeași zi la orele 13, prezintă un acces convulsiv cu mișcări tonico-clonice epileptiforme, care încep în partea stângă a corpului, de unde se generalizează. Imediat după acces se face o puncție rachidiană, lichidul cefalo-rachidian țâșnește în jet puternic, este clar, reacțiile pentru albumină și leucocitele fiind normale. Se evacuează 30 cmc. lichid cefalo-rachidian. Tens. art. în timpul accesului 19,—7,5 Venepuncție 200 cmc. După accesul convulsiv bolnavul rămâne într-o stare de ușoare confuzie. Peste noapte accesele convulsive se repetă de 8 ori între ele bolnavul ne mai revenind la senzoriu clar, este agitat, face mișcări desordonate cu membrele superioare și inferioare. Emisii involuntare de urină și materii fecale.

26 V, dimineața se face o nouă puncție rachidiană, de astădată lichidul cefalo-rachidian este roșu, prezentând numeroase hematii colorate. Examinat microscopic, lichidul prezintă elementele sângelui în proporție normală. Examenul bacteriologic al lichidului cefalo-rachidian direct și prin culturi a dat rezultat negativ. Accesele convulsive se repetă peste zi încă de 4 ori; bolnavul prezintă și o deviație conjugală a ochilor și capului spre partea stângă. Între accese este complet desorientat în timp și spațiu, iar de după masă intră într-o stare comatoasă, care se menține astfel 48 ore. Ceafa rigidă. Semnul lui Kernig pozitiv. Temperatură 38. Prezintă fenomene de congestie pulmonară dr. Nu mai are vărsături

29 V. Incepe să-și revină emisiile de urină și materiile fecale devin voluntare, se alimentează, este încă totuși desorientat nu recunoaște persoanele din jur. Asupra celor petrecute nu-și reamintește nimic. E afebril. Puncția rachidiană arată încă un lichid hemoragic și puțin xantocromic. Reflexele rotuliene diminuate bilateral. La ex. oftalmoscopic fundul de ochi este normal. Tens. art. 12—8. În decurs de o săptămână bolnavul i-și revine progresiv, senzoriul fiind complet clar cam a 9-a zi de la debutul acceselor convulsive, cu amnezie asupra celor petrecute.

7—VI. Lichidul cefalo-rachidian xantocromic, cu pleiocitoză predominând limfocitele. Diureza este bună, peste 2000 cmc. De acum și până la 16—VI când bolnavul părăsește serviciul, fenomenele clinice ale nefritei evoluează favorabil, tens. art. nu se mai ridică peste 13,—8. Albuminurie în urme, azotul ureic 50 mg. %.

Am avut următoarea conduită terapeutică: puncții rachidiene decompressive pentru prevenirea unor eventuale noi crize convulsive, injecții de clorură de calciu, vitamină C. și sol. ipertonică de glucoză.

Accidente nervoase în cursul nefritel acute sunt frecvente, survenind mai cu seamă în formele cu edeme mari. Survin mai frecvent în faza de rezorbție a ede-

melor. Adeseori întâlnim cefalee, comă, idel delirante, agitații, obnubilățile cerebrale, sau crize convulsive dând cunoscutul sindrom al eclampsiei uremice.

Interpretarea acestor accidente din faza de rezorbție a edemelor este variată. Unii autori le pun în contul unui edem acut cerebral care ar putea surveni în această perioadă, alții le pun în legătură cu deshidratarea rapidă a celulei nervoase. Widal le interpretează prin șocul coloidoclastic.

La o privire sumară, cazul nostru ar putea fi grupat în această categorie a eclampsiei uremice. Lichidul cefalo-rachidian hemoragic trădează însă adevărata cauză a acestui accident grav, produs prin hemoragia meningeală.

În nefritele cronice și sclerozele renale hemoragiile sunt accidente obișnuite, dela epistaxisul benign până la hemoragiile grave meningo-corticale. În nefritele acute însă sunt o excepție. La producerea lor trebuie să colaboreze cu siguranță pe lângă factorul hipertensiune și un factor local, de cele mai multe ori un proces de arterită fie mai vechi, fie mai recent, probabil produs de același agent patogen ca și însăși nefrita. Hipertensiunile care se instalează lent duc rar la hemoragii, hemoragia fiind apanajul exacerbărilor hipertensive paroxistice, paroxism hipertensiv prezent și la bolnavul nostru înaintea accidentului hemoragic.

Hemoragiile meningeale pot fi expresia unui proces de pachimeningită internă hemoragică, sau datorite unei hemoragii subarahnoidiene. Aceste două posibilități pot fi discutate și în cazul nostru. De cele mai multe ori, confirmarea uneia dintre ele nu este posibilă decât pe masa de autopsie.

Dacă accidentul se produce la un alcoolic vechi la un individ cu o infecțiune cronică sau în cursul unei infecțiuni acute, putem bănuî cu mai multă probabilitate o pachimeningită internă hemoragică. Examenul lichidului cefalo-rachidian ne poate apropia de diagnostic, însă nici el nu aduce totdeauna o decizie netă. În pachimeningita internă hemoragică de cele mai multe ori nu este prezent sângele în lichidul cefalo-rachidian, mai frecvent numai o ușoară xantocromie. În hemoragia subarahnoidiană însă, este prezent totdeauna, și în cantitate mai mare. Rarele cazuri de pachimeningită internă hemoragică care prezintă sânge în lichidul cefalo-rachidian nu le putem deosebi de o hemoragie subarahnoidiană decât eventual prin faptul că în hemoragia subarahnoidiană xantocromia apare mai târziu și este însoțită de hiperalbuminoză și pleocitoză (meningită aseptică). Vedem deci că de cele mai multe ori trebuie să ne mulțumim cu diagnosticul de hemoragie meningeală, fără să putem preciza mai de aproape sediul ei.

Observația noastră atrage atenția asupra emoragiilor meningeale în nefritele acute, relevă dificultatea

diagnosticul față de accidentele cerebrale produse prin edem ori alt mecanism (crize vasculare, șoc coloidotonic). Accentuăm importanța diagnostică și terapeutică a puncției rachidiene.

RESUMÉ

Hémorrhagie méningienne dans un cas de néphrite aiguë.

L'auteur décrit un cas de néphrite aiguë qui présente une complication très rare, une hémorrhagie méningienne. La ponction rachidienne est nécessaire pour différentier l'hémorrhagie méningienne de l'éclampsie urémique. Très souvent, le diagnostic différentiel entre une pachyméningite

interne hémorrhagique et une hémorrhagie sous — arachnoïdienne n'est pas possible pendant la vie.

ZUSAMMENFASSUNG

Meningeale Blutung in einem Falle von akuter Nephritis.

Es wird ein Fall von akuter Nephritis beschrieben mit einer sehr seltenen Komplikation: meningeale Blutung. Zur Differentialdiagnose zwischen meningeale Blutung und urämischer Eklampsie ist die Lumbalpunktion notwendig auf deren Bedeutung in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht hingewiesen wird. Die Differentialdiagnose zwischen einer Pachymeningitis interna haemorrhagica und subarachnoidaler Blutung ist beim Lebenden häufig nicht zu stellen

Un caz de Ciroza Cruveilhier-Baumgarten

de

Dr. C. Meșianu, Dr. O. Munteanu, Dr. G. Faur

În 1829, *Cruveilhier* a descris sindromul clinic, iar mai târziu *Baumgarten* (1879) studiază afecțiunea din punct de vedere anatomo-patologic.

De atunci această boală a fost cunoscută sub numele de ciroza lui *Baumgarten*, numele lui *Cruveilhier* fiind dat uitării.

Hăngănuș (1922) are meritul de a fi propus și de a fi dat acestui sindrom pentru prima oară numirea de *Ciroza Cruveilhier-Baumgarten*, numire care apoi a fost acceptată de toată lumea medicală.

Tot *Hăngănuș* (1922) strânge din întreaga literatură numai șase cazuri, dintre care trei au fost diagnosticate în viață (2 cazuri de *Eppinger* și un caz de *Hăngănuș*.)

Mai târziu *Huber* (1923) *Fiessinger* și *Michaux*, *Raoul Duval* (1930), *Rossi* și *Andrieu*, *Lutembacher* (1936), *Fiessinger*, *Rendu* și *Lamonte* (1940) se ocupă de această problemă, în legătură cu cazurile personale. *Fiessinger* și *Michaux* (1930) totalizează din întreaga literatură medicală 15 cazuri.

În literatura românească în afară de *Hăngănuș*, se mai cunoaște cazul descris de *Brăteanu-Vișanu* și *Solomon* (citați în *Encyclopédie médico-chirurgicale*).

Din întreaga literatură (pe care am putut-o consulta) rezultă că au fost publicate până în prezent, în total, un număr de aproximativ 23 de cazuri.

Cazurile de acest fel fiind deci foarte rare, orice observație nouă este interesantă prin contribuția pe care o poate aduce la nosografia acestei boli ciudate.

În Mai 1942 se internează în Clinica Medicală II, G. N. bărbat, de 45 ani pentru creșterea în volum a abdomenului, fenomene dispeptice, apariția pe tegumentele abdominale a unei varicozități, slăbire în forța fizică și greutate, colorația subicterică a tegumentelor.

În antecedentele personale șancru luetic la 33 ani (1930), pentru care a făcut abea după 2 ani, două serii incomplete de neosalvarsan.

Din 1937 reacția Wassermann în repetate rânduri este negativă. În 1939—1940 face din nou 2 serii de neosalvarsan, iar în 1942 două serii de bismut.

Nu a uzat de alcool decât ocazional.

Boala actuală datează de aproximativ 5—6 ani (1937). A început cu senzație de balonare postalimentară, senzație de presiune epigastrică și în ipocondrul drept, indispoziție generală și inapetență.

În 1938 (ianuarie), face un icter pentru care se internează în Clinica Medicală I unde se face diagnosticul de hepatită, icter. La acea dată se constată ficatul mărit de volum, dur, splina mărită. În bila obținută prin sondaj, nu se constată elemente patologice.

Reacția Wassermann în sânge și lichidul cefalorachidian, este negativă. Reflexele pupilare și osteo-tendinoase sunt normale. Icterul a durat trei luni, rămânând însă pentru încă 3—4 luni cu un subicter.

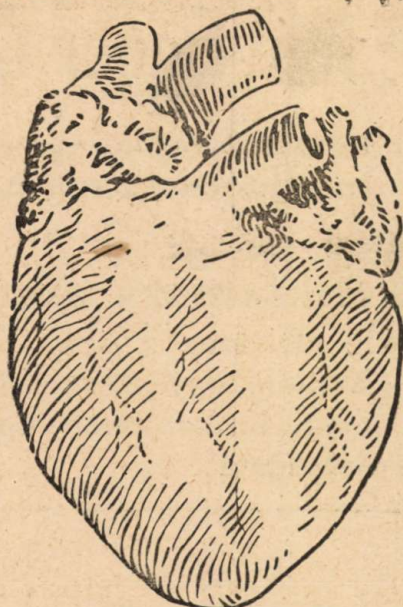
În 1939 (înainte cu 4 ani) face din nou un icter care durează 4 luni.

Dela această dată rămâne în permanență cu un subicter, senzație de presiune în etajul superior abdominal și senzație de balonare postalimentară.

De 1 1/2 ani observă că abdomenul începe să crească, prezintă oligurie (300—400 cmc. în 24 ore) Într-una din zile apare brusc o melenă puternică, urmată la 10 zile de hematemeză abundentă (350—400 gr) motiv pentru care este internat în spital. (La examenul redioscopic făcut după o lună dela emoragie nu se constată semne de ulcer). Dela această dată bolnavul rămâne mai palid.

Acum 15 luni examinat la Spitalul Militar din București se constată: abdomenul mărit de volum, un ficat ușor mărit, splenomegalie, subicter, semne de lichid în abdomen, gingivoragii.

Se instituie un tratament cu injecții de glucoză + insulină + diuretice (salirgan) și în două luni starea bolnavului se ameliorează, (numărul globulelor roșii a crescut dela două milioane



Verodigen

Preparat de Digitală

Ațiune rapidă și toleranță excelentă

Comprimate

de 3 ori pe zi $\frac{1}{2}$ comprimată.

Dupa 3 zile

Granule

de 2 ori pe zi $\frac{1}{2}$ comprimată.

Supozitoare

Medicație foarte economică!

La edeme **Verodigen compositum**

C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H., Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România:

Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6

Produse „Ufarom“ fost Egger Cluj-București

**Noua terapie specifică a tuturor
infecțiunilor strepto-stafilococice cu**

Septamid Sulfamidă albă.

tabl. în tub de 10 à 0.30
" " " " 20 à 0.30
" " borcane " 100 à 0.30

Medicațiune chimico-terapeutică din grupul P. Aminophenylsulfonamid lipsit total de fenomene toxice, chiar după administrare mai îndelungată.

Beneurin, vitamina B₁

mitte injecții 3 fiole de 1 cc à 5 mgr
forte " 3 " " 1 cc à 25 mgr

cristalizată, chimic pură. $C_{12}H_{17}OSCIHCl$.
Preparat conținând vitamina B₁, **vitamina antinevritică.**

INDICAȚIUNI: Vitamina B₁ fiind neurotropă are indicațiuni foarte variate în nevrite de orice origine și localizare, și polynevrite cu turburări spastice și paralitice etc.

C e v a l Vitamina C.

injecții 10/1 ccm 0.05
" 5/2 ccm 0.10
" 3/5 ccm 0.50

Este un preparat de acid ascorbic chimic pur.

INDICAT: În toate cazurile unde se constată o insuficiență a vitaminei C.

Hepacit Extract de ficat și mucoasă stomacală.

injecții de 2 cmc

Extrem de activ și perfectă tolerabilitate. Ameliorează rapid starea generală, iar numărul globulelor roșii și indicele hemoglobinic crește chiar dela începutul tratamentului.

INDICAT: în anemii secundare provocate de hemoragii, anemie pernicioasă, anemii consecutive maladiilor infecțioase. Protejează celulele hepatice, evită șocul operator etc., etc. Se administrează în injecții intramusculare.

Eșantioane medicale și literatură:

Laboratorul Farm. V. G. CIOCOIU
București, str. Matei Voevod Nr. 35 - Telefon 3.88-97

la trei milioane șase sute de mii) dar constată apariția unor venectazii la nivelul ombilicului, venectazii ce se vor evidenția progresiv până la internarea în clinică.

Părăsește spitalul după două luni, ameliorat cu diagnosticul: *Ciroză atrofică ascitogenă. Sindrom emoragipar.*

După părăsirea spitalului bolnavul prezintă faze de ameliorare relativă, alternând cu faze de agravări, iar varicozitățile din regiunea abdominală subombilicală încep să se evidențieze din ce în ce mai bine.

Tot după părăsirea spitalului face o serie de injecții cu bismut, medicul curant etichetând afecțiunea ca fiind de natură sifilitică.

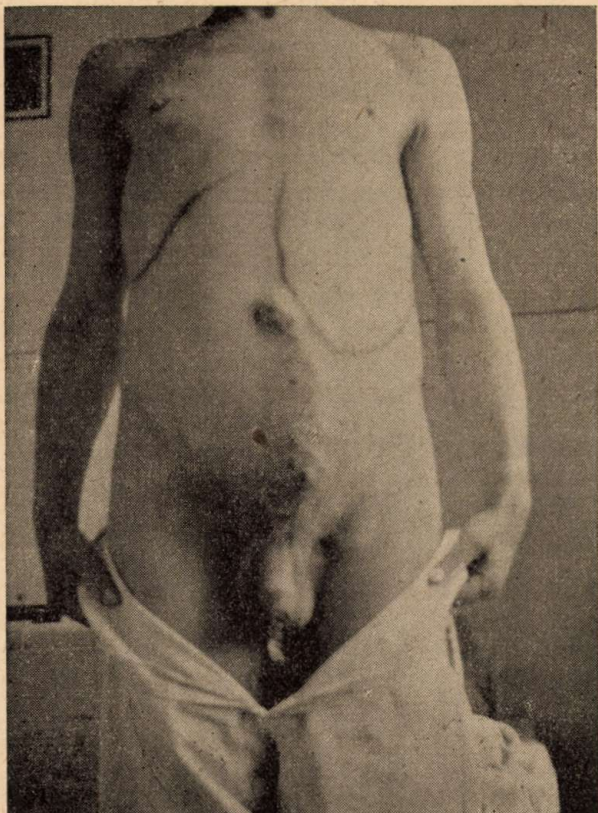


Fig. 1.

De o lună de zile, apar din nou ușoare gingivoragii, slăbește în forța fizică și greutate, este inapetent, obosește la eforturi, abdomenul crește în volum, prezintă ușoare dureri în ipocondrul și flancul stâng. De zece zile scaune diareice, 4—6 la zi. De o săptămână temperatura oscilează între 37,5 grade — 37,8 grade. C.

Examenul obiectiv: Bolnavul este de statură mijlocie și are constituție athletică. Tegumentele sunt mai palide, teroase, colorate subicteric. Scleroticile deasemenea sunt subicterice. Țesutul celular subcutanat și muscular este redus. Ganglionii nu sunt măriți. La membrele inferioare se observă edeme discrete.

Senzoriul clar, reflexele pupilare și osteo-tendinoase sunt normale. Aparatul respirator și circulator nu prezintă nimic patologic. T. A. = 13—8 (V. L.) Abdomenul este de circumferință mult mărită, cu semne de lichid în cavitatea abdominală. Dela nivelul ombilicului pleacă o venă vericoasă mult dilatată, de grosimea unui deget mic, sinuoasă, ce se scoboară imediat în stânga liniei mediane până la nivelul pubelui. Această venă varicoasă este mai evidentă când bolnavul se găsește în ortostatism (fig. 1 și 2).

La nivelul ombilicului pe o mică zonă și imediat deasupra regiunii pubiene se percepe un freamăt vibrant continuu, la as-

cultație un suflu continuu („bruit de diable"). Suflul nu se propagă. Ficatul este ceva mai dur cu suprafața regulată, insensibil, depășește rebordul costal cu un lat de deget. Lobul stâng este mărit. Splina sensibilă, mult mărită, dură, depășește în jos ombilicul cu 2 degete, iar linia mediană cu un deget.

La examinările de laborator se constată: R. Wassermann = autofixație, R. Kahn-parțial pozitivă (în sânge) R. Takata—Ara = pozitivă, R. Gregersen în scaun, negativă. Viteza de sedimentare este normală. Gradul de anemie: Hematii 3,000.000, hemoglobina 50% (Sahli). Tabloul sanguin: Ușoară anizocitoză și poichilocitoză. Polinucleare neutrofile 68%, limfocite 25%, monocite 6%, eozinofile 1%. Urobilinogen pozitiv în urină. La examenul

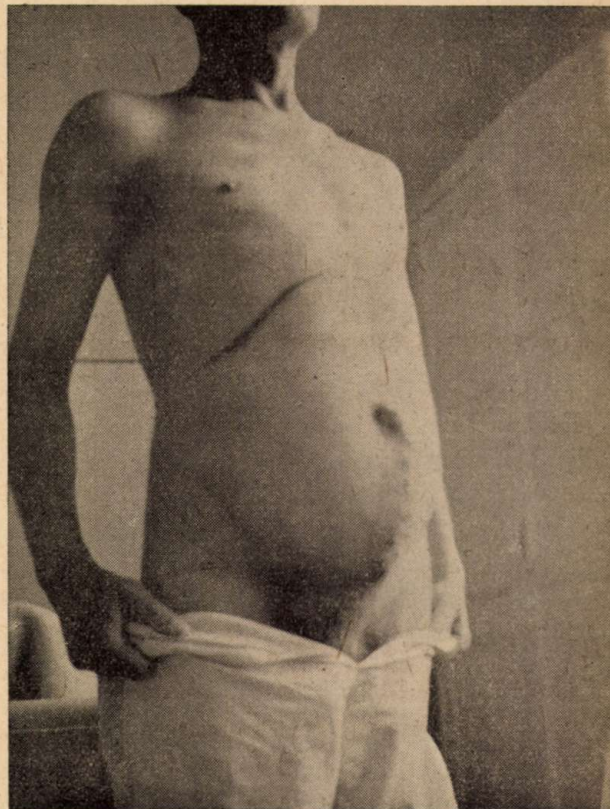


Fig. 2.

radioscopic al tubului digestiv se constată: Stomac ipertonice, împins spre stânga de lobul stâng al ficatului. În rest, stomac duoden normal. După 7 ore bariul în întreg colonul care e mai spastic. După 24 ore, bariul se găsește în jumătatea a doua a transversului, descendent, sigmoid și ampula rectală, parte din bariul este evacuat.

Rămâne internat în clinica noastră timp de o lună, unde cu tot tratamentul făcut (injecții vitamină C. salyrgan, ultrascurte, diatermie, regim), bolnavul nu se ameliorează, gingivoragiile persistă, scaunele diareice se mențin (5—6 la zi), ficatul și splina rămân la aceleași dimensiuni, abdomenul nu scade ci din contră crește ușor. Varicozitatea reprezentată prin acea vână ombilicală se mărește și devine mai net vizibilă. În tot timpul cât a stat în clinică, bolnavul a fost nervos, iritabil indispus, răutăcios, nu avea dispoziția și umorul întâlnit atât de des la cirofici.

În rezumat este vorba de o hepatită cronică, de o ciroză care odată instalată s'a exteriorizat printr'un abdomen mărit cu lichid ascitic, circulație colaterală, ficat foarte ușor mărit, splenomegalie, emoragii mucoase și semne de insuficiență hepatică.

* * *

Splenomegalia accentuată, ficatul foarte discret mărit, abdomenul mărit de volum, ascita, subicterul, anemia și în special circulația venoasă colaterală reprezentată prin vena ombilicală ce pleacă dela nivelul pubelui la ombilic, ne-a făcut să punem diagnosticul de ciroza *Cruveilhier-Baumgarten*.

Antecedentele lungi hepatice, cu ictere repetate urmate de subicter, subicter care în ultimii patru ani a devenit permanent, gingivoragii repetate și de durată lungă, emoragiile gastro-intestinale repetate, ascita, scaunele diareice, torpoarea și oboseala accentuată precum și reacția Takata—Ara pozitivă ne indicau cu toată certitudinea că este vorba de o veche suferință hepatică.

Bolnavul nostru s'a internat în mai multe servicii medicale, unde la început s'a stabilit diagnosticul de hepatită icterigenă (1938), apoi diagnosticul de ciroză ascitoză (sfârșitul anului 1941).

După cum reiese din cazulistica publicată, această afecțiune este caracterizată printr'un ficat mic sau ușor mărit, splenomegalie accentuată și o circulație colaterală ce se face prin intermediul venelor ombilicale sau paraombilicale (persistență congenitală).

Ea începe ca o ciroză obișnuită, hipertrofia splenică fiind precoce și importantă. Splina poate însă avea cele mai variate dimensiuni.

Ficatul, de obicei, este ușor mărit sau atrofic.

Ascita și anemia apar mult mai târziu. Ascita poate să lipsească, dar poate să fie și abundentă. Ea se poate rezorbi uneori, pe măsură ce circulația colaterală se dezvoltă.

Icterul și emoragiile gastro-intestinale survin mai rar.

Particularitatea acestor ciroze o formează prezența unei circulații colaterale reprezentată prin vena ombilicală și paraombilicală, (dispoziție pe care hipertensiunea portală o exteriorizează).

Sediul acestei circulații poate fi supra sau sub-ombilical.

Permeabilitatea venelor ombilicale sau paraombilicale favorizează dezvoltarea circulației colaterale în momentul în care intervine un obstacol la nivelul venelor porte.

La nivelul acestor varicozități se percepe în anumite puncte un frează continuu și un suflu, sau mai bine zis un șgomot venos continuu („bruit de diable”) ce variază cu efortul, tusea, respirația, sistola, diastola și poziția bolnavului. Suflul nu se propagă. El poate să apară înaintea dilatației venoase (cazul lui *Lemière* și *Garcin*), după cum murmurul poate să nu se perceapă cu toată persistența venelor ombilicale.

De asemenea vibrația poate să existe și fără suflu (cazul lui *Fiessinger* și *Loeper*).

Aceste sufluri se apropie de suflurile arterio-venoase, dar trebuiesc deosebite de șgomotele venoase anemice ce se întâlnesc în unele ciroze.

Evoluția acestor ciroze este lentă și duce totdeauna la moarte prin cașexie sau insuficiență hepatică.

S'a învinovat în etiologia acestor boale, stilismul și paludismul (*Hängănuf* și *Huber*), alcoolismul (*Fiessinger* și *Michaux*).

După *Fiessinger* și *Raul Duval*, situația nosografică a acestor afecțiuni se poate rezuma astfel :

1. Ciroză splenomegalică pură (*Benque, Chauffard* și *Huber, Chabroll* și *Bénard, Brăteanu, Vișanu* și *Solomon*).

Din acest motiv *Pagniez, Rivoire* recomandă ca terapele splenectomia.

2. Ciroză metasplenomegalică (*Labarraque* și *Baumgarten*).

3. Ciroză hepatică obișnuită la care se adaugă o anomalie anatomică — persistența venelor ombilicale — (*Hängănuf, Fiessinger* și *Michaux*). Și noi credem că, ciroza *Cruveilhier-Baumgarten* este o ciroză obișnuită care coincide cu persistența congenitală a venelor ombilicale.

Această venă ombilicală devine permeabilă și servește ca de derivație venelor porte.

Dacă nu ar exista această venă s'ar dezvolta o altă circulație colaterală și simptomatologia obișnuită oricărei ciroze.

Ori tocmai această permeabilitate a venelor ombilicale care micșorează hipertensiunea portală, duce la anumite modificări în ceea ce privește apariția, evoluția și predominanța unor simptome față de cirozele obișnuite.

Deci, particularitățile acestor ciroze se datoresc nu numai persistenței acestor vene congenitale, ci și efectelor produse prin această persistență, efecte care modifică simptomatologia obișnuită unei ciroze.

Într'un asemenea caz nu se mai poate susține că, suferința ficatului în această afecțiune este clinic și funcțional aproape nulă sau neglijabilă, așa cum susțin unii autori (*Benque, Chauffard* și *Huber, Chabroll* și *Bénard, Pagniez* și *Rivoire*).

Prin urmare, suntem de părere că, ciroza *Cruveilhier-Baumgarten* este o ciroză obișnuită, a cărei simptomatologie este modificată prin persistența venelor ombilicale. Observația noastră dovedește acest lucru.

Cazul nostru prezintă însă câteva particularități.

O particularitate ca și în observația lui *Lutembacher* este aceea că, circulația colaterală prin vena ombilicală nu a împledecat apariția emoragiilor gastro-intestinale.

Bolnavul nostru a avut ematemeză și melenă repetate și abundente.

Observațiunea noastră prezintă o dispoziție mai rară a venelor ombilicale, reprezentată printr'o dilatație varicoasă, șerpuitoare ce se întinde dela ombilic până la pube.

Deși etiologia, după cel mai mulți autori, nu pare a fi specifică, în cazul nostru este vorba de un vechi lues incomplet tratat.

Acest bolnav nu a suferit nici de malarie și nici nu a abuzat de alcool.

Concluzii :

Ciroza *Cruveilhier-Baumgarten* este o afecțiune rară, în literatura medicală fiind descrise aproximativ 23 de cazuri.

Ea nu este decât o ciroză banală cu persistența congenitală a venelor ombilicale a cărei permeabilizare modifică simptomatologia obișnuită unei ciroze.

Această dispoziție venoasă dă caracterul acestor ciroze.

Se pare că sifilisul ar avea un rol important în producerea acestor afecțiuni.

Cazul nostru prezintă o dispoziție mai rară, cu veneectazie situată subomilicală.

Bolnavul nostru a avut hematemeză și melenă repetate și abundente cu toate că în această ciroză apariția emoragiilor gastro-intestinale este rară.

Bibliografie

1. Niro Masuda : Über einen Fall von Morbus Banti bei vollständigem Offenbleiben der Vena umbilicalis. Medizinische Klinik Mars 1911.
2. W. Benque „Ein Fall von Persistenz der Vena umbilicalis mit anderen Anomalien unter dem Bilde des Morbus Banti“ Wien. Klin. Woch., 3 Mars 1912.
3. Eppinger și Ranzi. Die hepatolienalen Erkrankungen 1920.
4. Hângănuț M. Sur la Cirrhose de Cruveilhier-Baumgarten La Presse Medicale No. 68 din 1922.
5. Huber I. La Cirrhose de Cruveilhier-Baumgarten. La Médecine 1923.
6. Pagniez et Rivoire. Un cas de maladie de Cruveilhier-Baumgarten. Soc. Méd. des Hôp. de Paris. Sedința din 6 Dec. 1929.
7. Fiessinger-Michaux A propos des la Cirrhose de Cruveilhier-Baumgarten. Société Médicale des Hôpitaux de Paris. Sedința din 24 Ianuarie 1930.
8. Raoul Duval. La Cirrhose de Cruveilhier-Baumgarten. Thèse. Paris 1930.

9. Lutembacher R. Bruits de souffle veineux et cirrose de Laennec. (Cirrose de Cruveilhier-Baumgarten.) La presse médicale nr. 42, 1936.

10. Fiessinger-Rendu-Lamonte. Soc. anatomique de Paris, 5 Dec. 1940.

11. Hațieganu-Goia. Tratat elementar de Semiologie și Patologie Medicală, Cluj 1938.

12. Encyclopédie Médico-Chirurgicale 1937.

LUCRARE FĂCUTĂ ÎN CLINICA MEDICALĂ II :

Director Profesor Dr. I. Goia

RESUMÉ

Un cas de cirrhose Cruveilhier-Baumgarten

Les auteurs décrivent une cirrhose Cruveilhier-Baumgarten, dont on connaît jusqu'à présent 23 cas publiés. Elle n'est qu'une cirrhose banale coexistant avec la persistance congénitale de la veine ombilicale, dont la perméabilité modifie la symptomatologie habituelle de la cirrhose. C'est cette disposition veineuse qui détermine le caractère de cette affection. La syphilis joue probablement un rôle important dans l'étiologie de cette affection. La vénécisie sous-ombilicale que présente le cas publié, par les auteurs, constitue une rareté. Bien que dans cette cirrhose les hémorragies gastro-intestinales soient plus rares, le malade a présenté des mélénas et hématemèses répétés et abondants.

ZUSAMMENFASSUNG

Einen Fall von Cruveilhier-Baumgarten'scher Lebercirrhose

Die Verfasser beschreiben einen Fall von Cruveilhier-Baumgarten'scher Lebercirrhose. Bisher wurden im ärztlichen Schrifttum ungefähr 23 Fälle dieser Krankheit beschrieben. Sie stellt eine gewöhnliche Cirrhose dar, mit congenitaler Persistenz der Nabelvene. Die gewöhnliche Symptomatologie einer Cirrhose wird durch den Eintritt dieser Vene in den venösen Blutkreislauf verändert und gibt das besondere Gepräge dieser Cirrhose. Es scheint das bei Erzeugung dieser Krankheit die Syphilis eine besondere Rolle spielt. Der veröffentlichte Fall zeigt eine Besonderheit welche in der subomilicalen Venectasie besteht. Patient hat wiederholt reichliche Hämatemesen und Melenen gehabt obwohl in diesen Cirrhosen die Magen-Darmblutungen selten sind.

Medicină de războiu

Activitatea unui post de ambulanță divizionară în atacul dela Sevastopol 8-28 Iunie 1942; considerațiuni asupra rănilor abdominale

de

Dr. Ticușan Pavel, Dr. Mihai Tiberiu, Dr. Tabic Miron

Prin ordinele de operații, Secția I-a a ambulanței Diviziei X, instalează un post la 2 km. Est cota 412, la poalele Cetățel Mango.

Din lipsă de clădire, instalația o facem într'un cort.

Se amenajează o pantă; în contra panta unei creste, în etaje, în așa fel, ca sub acoperișul unui cort mare, să avem patru subincăperi.

Pe primul plan se așează biroul; urmează o a

două încăpere unde e sala de operație, apoi alte două săli: una pentru răniți gravi și alta pentru recuperabili.

Deosebit de cort, am construit trei colibe; una făcea serviciul de triaj, alta pentru răniți recuperabili care la un moment dat au ajuns la cifra de 75 și o a treia, izolată pentru murlibunzi.

După trei ore de lucru, postul este instalat și e gata de a primi răniți.

Personalul postului: un medic șef și doi medici ajutori, 8 sanitari grade inferioare și trupa de serviciu.

Activitatea noastră este redusă între 1—11 Iunie 1942.

Dela 11 Iunie 1942, începe marea îngrămădire cu 248 de răniți în această zi.

Din ziua de 11—27 Iunie 1942, activitatea este continuă.

Cele mai grele, sunt zilele de 19, 20 și 21 Iunie 1942, 3 zile și 3 nopți, am lucrat fără întrerupere. Soseau la post mașini după mașini, încărcate cu răniți. Fiecare rănit a fost văzut, plaga controlată și operat, dacă era necesar.

Ambulanța pe două secții, a îngrijit în cursul lunii Iunie 1942, 2316 răniți și bolnavi. Postul nostru îl revine 1452, după cum urmează pe regiuni:

Cap, gât, față	125
Torace	179
Abdomen	18
Membru superior	379
Membru inferior	538
Răniți multiple	131
Bolnavi	65
Șocați	17
Sosiți morți	15

Intervențiile făcute se repartizează astfel:

Debridări largi:	265
Extracții proiectile	142
Ligaturi de vase	27
Trepanații cranlene	14
Suturi pulmonare	23
Laparatomii	8
Amputații	84
Desarticulații	41
Eschilectomii	26
Anestezii cu Eunarcon	42
Cu Evipansodic	68
Cloroform	126
Cloretii	334

Nu vom intra în descrierea cazurilor operate. Voiu insista numai asupra rezultatelor operațiilor făcute răniților cu plăgi penetrante abdominale.

În prima parte a campaniei (Basarabia și Transilvania) plăgile penetrante abdominale, au dat o mortalitate mare, din cauza hemoragiilor intra-abdominale

și a peritonitelor ce se instalau din vreme, ca urmare a rășbolului de mișcare.

La Sevastopol lucrând pe un front mult sau mai puțin stabilizat, cu un post de ambulanță aproape (4 Km. de linia de luptă), am căutat să instalez câteva paturi în cortul din pădure, pentru a putea opera la Ambulanța abdominală care reclamau intervenții de urgență, repaus post operator și îngrijire deosebită, de restul răniților. Am putut face acest lucru având aprobarea superiorilor, care m'au asigurat că postul meu de ambulanță nu se va deplasa în tot timpul luptelor dela Sevastopol.

Descrierea cazurilor.

1. *Fruntaș Moroi N.*, Bat. 3 Vt Munte. Sosește la 2 ore după rănire. Prezintă o plagă unipolară, în regiunea lombară dreaptă cu 3 laturi deget, deasupra crestei iliace. Nu se găsește orificiul de eșire. Starea generală gravă, dureri generalizate abdominale cu contractura peretelui mai pronunțată, în hipocondrul și flancul drept. Sub anestezie generală cu Evipan sodic, facem o laparotomie pararectală dreaptă. La deschiderea cavității, constatăm:

Apariția de materii fecale, ruptura unghiului hepatic al colonului transvers și o mică schijă de Brandt în lumenul intestinal. Rezecăm colonul pe o lungime de 6 cm, făcând anastomoză terminoterminală. Drenăm cu un tub de cauciuc și două meșe. Se administrează, chiar în cursul operației 250 cm. cubi ser fiziologic apoi 20 cmc. ser hipertonic. După operație, starea se menține gravă, cu toate administrările de cardiotonice. Se face o transfuzie de sânge, cu 400 cmc. sânge recoltat dela sanitarul cărora le-am determinat în prealabil grupurile sanguine. De altfel în Divizia noastră Dr. Sonea, neobositul medic de laborator dela Simferopol a determinat tuturor ostașilor gruparea sanguină. După transfuzie bolnavul reînvie. Face și o ușoară complicație care se amendează și ea. Reținem bolnavul 2 săptămâni și apoi se evacuează prin spitalul de campanie, în zona interioară.

2. *Soldatul Joiță N.*, Reg. 92 Inf., sosește la 4 ore după rănire prezentând o plagă penetrantă în fosa iliacă dreaptă la 4 degete deasupra treimei mijlocii a arcadei crurale. Prezintă și un hematom enorm al scrotului. Sub anestezia generală cu clorofom facem o laparotomie laterală dreaptă cu prelungire pe traectul canalului inguinal. Găsim ruptura epigastrice care se leagă. Evacuăm chiagurile de sânge și explorând intestinul, găsim polul inferior al caecului deschis pe o mică suprafață. Suturăm în trei straturi drenând cu un tub de cauciuc. Mers postoperator bun. După zece zile se evacuează la Spitalul 9 de Campanie.

3. *Soldatul Andrișoiu C.*, Reg. 18 Inf. Sosește la 3 ore după rănire. Prezintă o plagă hipolară abdominală, cu orificiul de intrare în fosa iliacă stângă, pe marginea dreptului abdominal, orificiul de eșire în regiunea lombară de aceeași parte. Anestezie prin Eunarcon. Laparotomie pararectală stângă. Se constată o perforație a colonului descendent pe marginea de inserție a mezoului.

Excizăm părțile necrozate, facem sutura în 3 straturi și drenăm cu o meșă pe care o îndepărtăm a 3-a zi. Reținem bolnavul 10 zile și-l evacuăm vindecăt la Spit. 9 Campanie.

4. *Soldatul Vulpe V.*, Bat. 18 Mitralieră Divizionară. Adus de pe poziție după o oră dela rănire, de Medicul Șef al Diviziei.

Prezintă o plagă larg deschisă prin schije de proiectil de artilerie în regiunea iliolombară dreaptă. Anestezie generală cu Evipan. Găsim mari eschile osoase proiectate din coxal în cavitătea abdominală. Se debridează plaga musculo-cutanată, se extrag eschilele osoase. Găsim colonul ascendent perforat, de una din eschile. Excizăm părțile distruse ale intestinului și suturăm în trei

*Un nou tratament a
hipertensiunii cu*
Dorital
(asociație cu fel tauri)

In
Hipertensiune
esențială, arteriosclerotică
și climacterică.

Posologie:

De 3 ori pe zi 2 drageuri. După remarcarea unei
scoborâri evidențiale, de 3—2 ori pe zi 1 drageu.

Compoziție:

Bilă de bou depurată	0,15
Oxisulfonal	0,015
Metilbromat de atropină	0,00025
Monoformat de calciu	0,11

Flacoane cu 30, 60 și 300 drageuri.

C. F. BOEHRINGER & SOEHNE G. M. B. H., MANNHEIM-WALDHOF

Reprezentant pentru România:
RUDOLF FOREN, București III, Str. G-ral Eremia Grigorescu, 6.

LA GRIPĂ ȘI
TOATE CELELALTE
MALADII FEBRILE
DIN CAUZA RĂCELII

QUADRONAL

ANALGEZIC
ȘI
ANTIPIRETIC
verificat

★

TUB ă 10 TABLETE
TUB ă 20 TABLETE
ETUIS ă 6 TABLETE



ASTA AKTIENGESELLSCHAFT CHEM. FABRIK BRACKWEDE

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R. ★ Strada Sf. Ionică No. 8 ★ BUCUREȘTI

Literatură și eșantioane vă stau
cu plăcere la dispoziție.

SYMPATOL

PENTRU INIMĂ ȘI CIRCULAȚIE

Indicațiuni:

Slăbiciune vasculară cu tensiune sanguină scăzută:

Convalescență - Hipotonie - Sarcină - Turburările bătrâneții

Vătămare generală a circulației:

Gripă - Difterie - Tuberculoză - Febră tifoidă - Pneumonie

Colapsuri grele:

Operațiuni - Nașteri - Hemoragii - Șoc

Forme de comerț: lichid 10% și fiole à 0,06 gr.

Reprezentanți:

„Transmare” S. A. R. de Import și Export,
Str. Nicolae Goleșcu 15, București III



straturi. Făcând epiploplastie cu frange epiploice. Drenăm cu tub de cauciuc și 2 meșe. Mers postoperatoriu foarte bun. Se evacuează după zece zile la Spit. 9 Campanie cu plaga încă deschisă.

5. *Caporalul Tacî Andrei*, Reg. 18 Dorobanți. Sosește la 26 ore după rănire. Cu fenomene de peritonită generalizată, consecutivă unei plăgi penetrante în hipocondrul stâng. La deschiderea abdomenului, prin laparotomie laterală stângă, găsim fecale în abdomen și semnele unei peritonite avansate. Intestinul subțire perforat în 5 locuri pe o mare lungime. Rezecăm 65 cm. din intestin. Cu sutură terminală și anastomoză latero-laterală. Nu mai putem remonta bolnavul. Sucombă la 2 ore după operație.

6. *Soldat Ismet Ion*, Reg. 18 Inf. Sosește la 16 ore dela rănire. Prezintă o plagă penetrantă abdominală cu orificiul de intrare deasupra și la 2 laturi de deget stânga ombilicului. Anestezie generală cu Evipan. Laparotomie mediană. Constatăm o cantitate de circa 1 litru sânge. Explorăm intestinul subțire, găsim perforații multiple. Starea generală nu permite intervenție radicală. Facem hemostaza, suturăm orificiile și drenăm după procedeul Mikulitz. Sucombă la o jumătate de oră după operație.

7. *Soldat Negulescu N.* Bat. mitr. div. Sosește la 5 ore după rănire. Prezintă o plagă bipolară abdominală cu orificiul de intrare în regiunea paraombilicală stângă, cel de eșire în regiunea lombară de aceeași parte. Anestezie generală cu Evipan. Laparotomie pararectală stângă. Prezintă perforarea intestinului subțire în trei puncte. Rezecăm o lungime de 20 cm. din intestin. Mers post operator grav. Anemie profundă, puls mic. Facem ser hipertonice și ser fiziologic, tonice cardiace, fără rezultat. Recurgem la o transfuzie de 400 cmc. sânge. Ușoară reacție după transfuzie, transpirații, sudori reci, grețuri, sughituri, agitație, cari dispar însă după o jumătate de oră și începe o evidentă înviorare. După 48

de ore totul intră în normal. Se evacuează după 10 zile la Spit. 9 de Campanie.

8. *Cap. Năgărd Ion*, Reg. 18 Inf. Sosește la Ambulanță după 8 ore. Prezintă o plagă deschisă. Toraco-abdominală. Cu ruptura diafragmului și propulsia colonului transvers. Inchidem toracele după ce facem sutura diafragmului, controlăm ansele. Nu se constată nici o fisură. Introducem conținutul și lăsăm un dren mare. Mers post operatoriu bun. Se evacuează după 8 zile la Spital.

Din observațiile de față, nu intenționăm să tragem concluzii decisive. Totuși confirmăm un adevăr că rănille abdominale reclamă intervenții de primă urgență.

Opinem că aceste operații în războiul de stabilizare sau cu puțină mișcare, să se facă la posturile chirurgicale înalțate cari, dispun de instrumentarul și materialul necesar acestor operații.

Pentru spitalizare să se amenajeze câteva paturi așa cum am procedat și noi.

În perioada atacurilor, când se prevăd mari îngrămădiri de răniți, să se trimită echipe chirurgicale la posturile înalțate; nu bolnavul să fie trimis la chirurg ci viceversa.

Evacuările dela ambulanță la spital, durează 3—4 ore. Uneori și mai mult, timp fatal unui rănit abdominal, prin complicațiile ce pot surveni din cauza greutateilor drumului de parcurs.

Numai așa vor beneficia răniții abdominali de ajutor eficace făcând să dispară decepțiile care au încercat pe chirurgii din spitalele de campanie.

Probleme terapeutice

Considerațiuni asupra simfizării pleurelor prin glucoza și tinctura de iod¹⁾

de

Dr. O. Borcoman și Dr. A. Dumitrescu

Simfizarea artificială a pleurelor este necesară foarte adesea ori, fie pentru a ne da posibilitatea să executăm anumite intervenții pe plămâni, cum ar fi de exemplu drenajul endocavitar al lui Monaldi, fie pentru a evita unele complicații la care expune o pleurezie purulentă trecută în cronicitate (fistule bronșice, torace, etc.) sau a trata o complicație deja existentă.

Prezența unei pleurezii purulente trecută în stare de cronicitate întrefine o stare generală alterată, însoțită de ascensiuni de temperatură, pierderea pozei de mâncare, scădere în greutate, simptome care cu timpul duc la o cașecsie progresivă a bolnavului. Toate aceste fenomene se datoresc în parte colecției purulente din cavitatea pleurală și substanțelor toxice rezultate, care rezorbindu-se trec în circulația generală.

Destul de des colecția supurativă se poate complica cu fistule pleuro-pulmonare care îngreunează și mai mult tratamentul și întuneacă prognosticul.

Dacă în pleureziile purulente nespecifice, tratamentul chirurgical — pleurotomie, pleuro-toraco-pleurorectomie — poate duce la o vindecare, în cele bacilare nu se recurge la acest tratament decât în caz de forță majoră, pentru a se evita formarea fistulelor de lungă durată, a căror îngrijire este foarte dificilă atât, pentru medic, cât și pentru bolnav.

De aceea, în practică, foarte adeseori în prezența unei pleurezii purulente este mai avantajoasă și chiar de dorit obținerea unei simfize pleurale. În acest scop s'au folosit până în prezent diferite substanțe. *Sergent* a întrebuințat cu succes, după prealabila eva-

¹⁾ Lucrări din Secția de boli pulmonare a Spitalului Militar Sibiu. Șeful secției: Dr. N. Bumbăcescu.

cuare a puroiului, injecții modificatoare urmate de re-insuflații de azot barbotat printr'o soluție gomenolată, obținând rezultate bune.

Alți autori au întrebuițat injecții de sânge și clauden introduse consecutiv prin același ac în cavitatea pleurală după evacuarea secreției purulente. În alte cazuri s'a încercat, cu același scop, badijonarea suprafețelor pleurale cu tinctură de iod. Această metodă este mai anevoioasă și nu la îndemâna oricărui medic.

Autorii americani, *Kupka, Edward* și *W. Wagner* întrebuițează sânge scos din vena cubitală. Ei introduc 5—10 c. c. în locul unde doresc să obțină simfiza, obligând bolnavul să rămână culcat pe o aceeași parte câteva ore. În cele 9 cazuri încercate, cu scopul de a obține o simfiză în vederea unui drenaj endocavitar, s'a obținut rezultatul dorit după 1—3 injecții. (Amer. Ref. T. b. c. pag. 291—293 1941).

În Germania, *Maurer* întrebuițează glucoză 50%, *Glaun* nitrat de argint $\frac{1}{2}\%$, *Dül.* parafina lichidă, iar *Marek* gomenol, toți cu intenția de a obține simfizarea pentru o ulterioară intervenție a lui *Monaldi*.

Monaldi a întrebuițat pulbere de talc sterilă în cantitate de 2 c. c. introdusă în pleură cu ajutorul unei seringi uscate de 20 c. c. După administrarea talcului se produce un exudat, care în decurs de 2 săptămâni se rezoarbe, antrenând după sine procesul de simfizare. În cele 7 cazuri încercate a obținut rezultate bune.

În literatură, problema simfizării pleurelor nu prea este studiată și puținele publicații se referă numai la cazurile unde s'a încercat simfizarea în vederea intervenției lui *Monaldi*.

În ultimul timp s'a mai preconizat pentru obținerea simfizei pleurale și glucoza asociată cu tinctura de iod. Această metodă a fost folosită cu succes asupra câtorva cazuri de pleurezii purulente, unele complicate cu fistulă pleuro-pulmonară, în Secția de boli pulmonare a Spitalului Militar din Sibiu, condusă de d-l Dr. N. Bumbăcescu.

Dacă într'o cavitate pleurală relativ sănătoasă, o simfizare în urma injectării substanțelor amintite, se obține în general mai ușor, nu cu aceeași ușurință obținem un rezultat bun în cazul revărsărilor purulente. În aceste din urmă cazuri simfizarea se realizează mai greu datorită modificărilor produse la nivelul pleurelor prin depozitarea diferitelor substanțe rezultate din distrugerea celulară. Acestea se organizează și formează un fel de pojghiță protectoare față de substanțele modificatoare introduse în cavitatea pleurală.

Se înțelege, din cele de mai sus că, cu cât procesul supurativ e mai vechiu, cu atât mai scăzute sunt șansele noastre de a conta pe o acolare pleurală.

În cazurile noastre, unde lichidul purulent avea tendința la refacere, după evacuări, până la golirea completă a cavității pleurale, am introdus, cu scopul de a împiedeca refacerea puroiului și-a produce un proces de simfizare, glucoză 40%, în cantități ce au

variat dela 5 până la 20 cmc. și consecutiv prin același ac tinctură de iod în cantități de 2 până la 15 cmc.

După introducerea acestor două substanțe am observat că secreția se reface mult mai încet, devine mai fluidă și după un interval de 4 până la 6 luni dela administrarea glucozei și-a tincturei de iod, s'a obținut, în cazurile noastre, simfizarea dorită. Aceasta era cu atât mai necesar cu cât fistula bronchopulmonară întreținea o stare de infecție permanentă amenințând în același timp cu îmbolnăvirea plămânului de partea opusă.

Singurele fenomene observate, după administrarea glucozei și a tincturei de iod sunt ascensiunile de temperatură observate în cursul primei și a celei de-a doua zi, foarte rar se mențin și-a treia zi, după care temperatura revine la nivelul avut anterior.

Cum acționează substanțele, amintite pentru a produce procesul de simfizare? În general toate au acelaș mecanism de acțiune. Printr'un proces de iritație a pleurelor, care e urmat de o revărsare lichidiană, se produce o rezorbție care antrenează cu sine procesul de simfizare. În cazul întrebuițării sângelui, urmat de clauden, pare-se că revărsarea lichidiană nu mai e necesară, deoarece cantitatea de fibrină a acestuia ar forma o masă de unire între cele două pleure. Glucoza și tinctura de iod produce același proces iritativ ca și substanțele amintite. Întrebarea, la care deocamdată nu putem răspunde, este să știm care din aceste substanțe are rolul principal în procesul de simfizare, sau dacă amestecul lor ar avea rolul important.

În cazul pleureziilor purulente, *Sergent*, după evacuări și injecții de substanțe modificatoare, observă schimbări cantitative — refacerea mult mai lentă a secreției — precum și modificări calitative în sensul apariției unor mase fibrinoase — nucleul inițial al organizării simfizare — în lichidul extras presimfizar din sinusul costodiafragmatic.

În cazurile noastre după administrarea glucozei și a tincturei de iod s'a observat atât modificări cantitative, în sensul că secreția s'a redus, cât și calitative manifestate printr'o fluidificare pronunțată a secreției cu schimbare de culoare care se aseamăna cu cea a revărsărilor serocitrine ce tind să devină puriforme.

Redăm mai jos cazurile noastre observate în Spitalul Militar Sibiu.

Obs. I. C. S. 22 ani, subof. activ, se internează la 13 Nov. 1941, în Spitalul Militar Sibiu, Secția de boli pulmonare, pentru dureri în emitoracele drept, tuse și dispnee.

Antecedente eredocolaterale și personale: Fără importanță.

Istoricul bolii actuale: Boala datează din Februarie 1941, când a început cu dureri în emitoracele drept, dispnee, febră, tuse seacă și stare generală alterată. Internat în spital i se constată o pleurezie exudativă dreaptă care a necesitat mai multe evacuări de lichid și tratament conservativ. După câteva săptămâni, părăsește spitalul, obținând un concediu de trei luni. Nicio acuză subiectivă până în luna Noemvrie când apare brusc dispneea, dureri în emitoracele drept, febră, tuse, fenomene cu care se internează în spital.

Examenul obiectiv: Bolnav de statură potrivită, cu tegumentele normal colorate, țesutul celular subcutanat și muscular păstrate, temperatura 38,2.

Aparatul respirator: Căile respiratorii superioare libere. Torace normal conformat cu excursiile respiratorii încetinite la dreapta. Matitate lemnoasă în cele două treimi inferioare a emitoracelui drept cu submatitate în cea superioară. Respirația abolită în zona mată, cu murmur vericular diminuat în zona submată, unde se percep și discrete raluri subcrepitante. Examenul radiologic: Mediastinul deplasat spre stânga, întreg câmpul pulmonar drept fiind ocupat de o formațiune umbroasă densă în care nu se observă stuctură pulmonară; la stânga desenul pulmonar este mai accentuat cu discrete elemente nodulare perihilar. La puncția exploratoare se scoate 10 cmc. lichid serocitrin. La examenul de laborator se constată Rivalta pozitiv, în frotiu limfocite, pe mediile de cultură n'a crescut nicio floră microbiană.

Examenul clinic, radiologic și de laborator duc la diagnosticul unei pleurezii exudative serofibrinoase drepte. Tratament conservativ.

La sfârșitul luni Noemvrie, bolnavul face un acces penibil de tuse, urmat de o senzație de sufocare, dispnee accentuată, și expectorează muco-purulent din abundență.

Reexaminat radiologic se constată o imagine idroaeriană în dreapta, iar la puncție se pune în evidență lichid purulent. Examenul citologic: Limfocite multe și rari polinucleare, B. K. absent. Lichidul sero-citrin s'a transformat în pleurezie purulentă, complicată cu fistulă broncho-pulmonară.

Bolnavului i se face evacuări repetate în cantități ce variau dela 800 până la 1500 cmc. timp de aproape două luni fără să se poată împiedeca refacerea. Cu scopul de a împiedeca refacerea lichidului și produce simfizarea pleurei se recurge la injecții de glucoză și tinctură de iod după care se observă tendința de diminuarea secreției, destinderea plămânului către peretele toracic și simfiză caze se continuă progresiv până la dispariția cavității pleurale. În trei luni dela administrarea glucozei și a tincturei de iod am obținut simfiză totală a pleurei, precum și dispariția tusei și a expectorației. Bolnavul părăsește spitalul având starea generală și pulmonară bună. La un control după un an se constată o bilateralizare cavitară.

Obs. II. G. C. 21 ani, agricultor, intră în Spitalul Militar din Sibiu la 1 Februarie 1943, pentru tuse, expectorație muco-purulentă, astenie.

Antecedente eredocolaterale și personale: Fără importanță.

Istoricul boalei actuale: boala debutează în Nov. 1942 cu junghiu în emitoracele stâng, temperatură ridicată, dispnee, tuse cu expectorația abundentă și fetidă, diminuarea apetitului, scăderea în greutate și o stare generală rea care se alterează progresiv. Medicul care îl consultă îl îndrumă la un spital cu diagnosticul de tuberculoză pulmonară.

Examenul obiectiv: bolnavul de statură potrivită, cu tegumente palide, țesutul celular subcutanat mult redus. Tușește și expectorează muco-purulent mai ales când zace pe dreapta, este dispneic și are temperatura ridicată.

Aparatul respirator: torace normal conformat, excursiile respiratorii reduse în stânga. Matitate în treimea inferioară a emitoracelui stâng cu hipersonoritate în rest. Murmur vezicular abolit în zona mată, în treimea superioară, respirația este mai înăspriată cu fine raluri crepitante ce se percep mai ales subclavicular și axilar.

Rx.: opacitate intensă în treimea inferioară a emitoracelui stâng, net delimitată superior printr-o linie orizontală fluctuantă în dreapta, perihilar, câteva umbre nodulare de intensitate sub-costală. La puncția exploratoare se constată un lichid purulent extrăgându-se o mare cantitate, după care se introduce o mică cantitate de albastru de metilen. În zilele următoare bolnavul tușește și expectorează o spută colorată în albastru. În concluzie ne găsim în fața unei pleurezii purulente complicată cu fistulă pleuro-pulmonară. La 21 Februarie se face o evacuare de 500 cmc. după care se intro-

duce în cavitatea pleurală 10 cm. de glucoză+2 cm. tinctură de iod. După aceasta bolnavul face ascensiune febrilă care durează două zile. Lichidul refăcându-se, se face în mai multe rânduri evacuarea de puroiu și se introduce glucoză și tinctură de iod. De fiecare dată cantitățile secreției au fost mai mici și cavitatea pleurală a diminuat progresiv prin procesul de simfiză. Odată cu acesta, tusea și expectorația se micșorează progresiv. În ultimele trei luni nu se mai constată cavitatea pleurală, care este înlocuită cu o importantă simfiză pleurală. Starea generală foarte bună, afebril, nu tușește și nu expectorează, a câșigat în greutate peste 7 kg. cu această stare bolnavul părăsește spitalul.

Obs. III. J. I. 38 ani, agricultor, intră în Spitalul Militar Sibiu în 5 Mai 1943 pentru tuse, expectorație muco-purulentă, subfebrilități și debilitate.

Antecedente colaterale: fără importanță.

Antecedente personale: malarie în copilărie.

Istoricul boalei actuale: În Februarie a. c., fiind pe front, simte un junghiu în hemitoracele stâng însoțit de temperatură ridicată, dispnee accentuată, tuse și expectorații sero-mucoasă. A fost internat într'un spital german de campanie unde i s'a pus diagnosticul de pneumonie lobară stângă. După 10-12 zile temperatura începe să scadă fără a ajunge la normal, tusea și expectorația de asemenea se mențin. După o mică remisiune temperatura se ridică, tusea se accentuează și bolnavul începe să expectoreze muco-purulent în mare cantitate, și starea generală se alterează progresiv. Cu aceste fenomene este evacuat în Spitalul Militar din Sibiu.

Examenul obiectiv: Bolnavul de statură potrivită, cu tegumente palid colorate, țesutul celular subcutanat și muscular mult redus pe lângă o debilitate generală pronunțată.

Aparatul respirator: Căile respiratorii superioare libere, torace normal conformat, excursiile respiratorii reduse în stânga. Matitatea în treimea inferioară a emitoracelui stâng cu discretă submatitate în treimea superioară. Murmurul vezicular este abolit asupra matității, redus în rest, cu raluri subcrepitante în zona submată.

Rx: În stânga o formațiune ombroasă umogenă, densă, cu nivel orizontal fluctuant. La puncția exploratoare se scoate un lichid purulent a cărui analiză bacteriologică pune în evidență streptococi. Din antecedentele bolnavului, examenul clinic, de laborator și radiologic ajungem la concluzia că ne găsim în fața unui empiem pleural meta-pneumonic. După evacuarea puroiului din cavitatea pleurală se introduce 10 cmc. glucoză + 5 cmc. tinctură de iod. În timpul introducerii acestor substanțe, bolnavul face un acces de tuse și elimină sputa amestecată cu tinctură de iod. În seara aceleiași zile temperatura se ridică până la 40° menținându-se în jurul acestei cifre timp de trei zile, după care revine la subfebrilitățile avute anterior. După alte două puncții evacuatoare urmate de injecții de glucoză și tinctură de iod se obține diminuarea progresivă a cavității pleurale, care în decurs de câteva săptămâni este înlocuită cu o simfiză pleurală.

Temperatura revine la normal, starea generală se ameliorează vădit, și bolnavul părăsește serviciul, după șase săptămâni, complet refăcut.

Din descrierea observațiilor de mai sus rezultă că:

1. Printre alte substanțe întrebuințate cu scop simfizar, glucoza amestecată cu tinctură de iod poate fi folosită cu rezultate bune.

2. Metoda este bine suportată și nu expune la complicații.

3. Poate fi aplicată cu ușurință de orice medic ftiziolog, aducând prin simfiză produsă, în cazul empiemelor specifice, un mare serviciu bolnavului.

4. Poate fi încercată și în empiemele de altă natură înainte de a se recurge la tratamentul chirurgical.

Societăți medicale

SOCIETATEA ȘTIINEȚILOR MEDICALE DIN CLUJ-SIBIU

Ședința din 20 Mai 1943

Prezidează: Prof. Dr. GH. POPOVICIU, președinte.

Dr. Alexandru Crăciun-Teiuș: Despre un caz curios de corp străin intrarectal.

După un an de ezitare, neștiind dacă cazul meu este un simplu caz banal, sau prin raritatea lui este mai mult sau mai puțin interesant, m'am decis totuși să-l prezint Domniilor Voastre.

Cariera de medic are de sigur pe lângă partea sa tragică de a fi mereu alături de suferința umană, și o parte comică, care uneori poate fi tragi-comică, cum a fost cu țăranul Luca M., de 54 ani, din comuna Râmeț, jud. Alba, care în ziua de 8 Martie 1942, s'a prezentat în cabinetul meu de consultații f. abătut și, spre deosebire de alți bolnavi, în loc să se plângă de boala pe care o are, mă roagă în primul rând să nu destăinuesc nimănui ceea ce îmi va spune, căci cu el s'a întâmplat o mare minune. Îmi spune apoi că de mai mulți ani suferă de constipație și că cel mai bun leac pentru el, era un bețișor de alun pe care și-l introducea în rect, pentru a-și provoca scaun.

În ziua de 3 Martie 1942, a încercat din nou cu bețișorul, dar n'a mai reușit și atunci și-a făcut un alt bețișor mai lung și mai gros, pe care l-a introdus în rect și simțind că nu reușește l-a introdus din ce în ce mai mult, până când deodată a simțit că i se invârtă bețișorul în mână și l-a scăpat înăuntru. De atunci a așteptat omul 5 zile dar bețișorul n'avea de gând să mai iasă și împins de necaz s'a prezentat la doctor.

La început nu-mi venea să-l cred și l-am poftit să șadă pe scaun, ceea ce a refuzat, spunând că nu poate să șadă pentru că îl înțepă bățul în mâțe și deci nu poate sta decât culcat sau sculat în picioare.

Pus în fața acestei situații, primul lucru pe care l-am făcut a fost tușeul rectal, prin care în adevăr am dat de capătul bățului, care stătea oarecum înțepenit pe partea posterioară a rectului pelvian, ce corespunde osului coccis. Așezând bolnavul în decubit dorsal, am palpat capătul de sus al bățului în fosa iliacă stângă.

După acest prim examen de orientare, am culcat bolnavul în poziție ginecologică și am procedat la extragerea corpului străin după cum urmează: am introdus degetul index stâng în rect, vârful degetului fiind așezat pe capătul de jos al bățului, am introdus apoi o pensă curbă, și am căutat să prind bățul, sub controlul degetului introdus în rect, pentru a nu leza mucoasa. După câteva tentative am reușit să prind bine bățul și să-l extrag. Notez că în momentul când bățul a fost scos în parte, s'a produs din nou o rotație de 180° de grade a bățului, rotație pe care a descris-o și bolnavul că ar fi simțit-o, în momentul introducerii.

Examinând acest corp străin (se va arăta) constatăm că este vorba de o bucată de lemn, de 29 cm. lungime, cu un diametru care variază dela 2,5 cm. până la 3 cm., puțin incurbat, sub formă de arc de cerc. Acest corp străin a fost introdus în rect cu extremitatea cea mai subțire, iar curbura lui s'a acomodat la început după curbura naturală pe care o face osul sacrat, până în momentul când a atins promotoriul și când pentru a-l putea introduce mai profund, s'a petrecut acea rotație de 180° grade, cu alunecarea înăuntru a bățului, în așa fel, că partea concavă a lemnului s'a aplicat pe promotoriu, sub acțiunea mușchilor abdominali. În momentul extragerii mișcarea de rotație s'a produs spontan în sens invers.

Comparând dimensiunile corpului străin cu acelea ale rectului (8—10 cm.), ne dăm seama că bățul a depășit mult dimensiunile rectului pelvian și a ocupat și o bună parte din colonul ilio-pelvian (cam 20 cm.), palpându-se în fosa iliacă stângă.

După un interval de aproximativ 10 zile, bolnavul a fost revăzut și mi-a mărturisit că din momentul extragerii se simte foarte bine, dar n'a uitat să mă roage să nu mai spun la nimeni.

În practica de toate zilele survin foarte adeseori cazuri bizare și foarte interesante, care sunt în contradicție nu numai cu știința medicinei, dar și cu bunul simț. Astfel mi-a fost dat odată, în cursul unei anchete sanitare, să întâlnesc un moș bătrân, care suferea de hipertrofia prostatei, și prezenta o retenție cronică de urină. Acel bătrân și-a confecționat singur un instrument pentru sondajul vezicii urinare, dintr'o sârmă răsucită pe care a incurbat-o puțin la capătul bont, și pe care o introducea până în vezică. Întrebat pentru care motiv a răsucit sârma, a spus că în felul acesta a crezut el că nu-și produce rană și urina se scurgea mai ușor pe igghiabul, în formă de spirală format de cele două sârme.

Am ținut să amintim și acest caz, care se aseamănă cu precedentul, și care toate ne arată până unde merge spiritul de inventivitate a poporului și cât de temerare sunt uneori metodele de intervenție ale empirismului.

Prof. Dr. Gh. Popoviciu: Un sindrom nou de degenerări multiple (apare ca articol).

Conf. Dr. T. Popoviciu: Consecințele reclajelor uterine.

Conf. Dr. T. Popoviciu și Dr. Cheșianu: Corp străin în cavitatea abdominală după tentativă de avort.

Conf. Dr. Popoviciu și Dr. Căprioară: Sarcină extrauterină interstițială.

Conf. Dr. Popoviciu T. și Dr. Pașca: Tumoră a peretelui anterior vaginal.

Dr. Căprioară și Dr. Cheșianu: Tumoră fibromatoasă a ovarului.

Dr. Căprioară: Acțiunea hormonului masculin asupra aparatului genital feminin. (Date clinice și de laborator).

Ședința din 5 Iunie 1943

Prezidează: Prof. Dr. GH. POPOVICIU, președinte.

Conf. Dr. Z. Borza: Rezultate obținute în amputațiile gambei utilizând diferite procedee.

Observând în ultimele 5 luni peste 10 cazuri de amputațiuni a gambei, executate în diferite servicii sanitare, autorul a făcut următoarea remarcă:

Aproape în toate cazurile s'a executat metoda circulară sau metoda eliptică. Bonturile aveau un aspect conic, cu părțile moi retractate, tegumentele intinse și aderente la planul osos. Bonturile erau dureroase. S'a amputat de predilecție în 1/3 mijlocie.

Cum în campania de iarnă din 1942/43 au fost foarte multe cazuri de congelatii cu gangrene consecutive a picioarelor, de sigur că s'au executat foarte multe amputațiuni la nivelul gambei. Din acest motiv autorul insistă asupra câtorva puncte mai importante de tehnică, care sunt în linii mari comune aproape la toate procedeele și care constituiesc de cele mai multe ori cheia bunelor rezultate.

După ce se face o reprivire anatomică asupra dispozițiunii grupurilor musculare, se insistă asupra ridicării în masă a grupului muscular ant. împreună cu artera tibială ant. sau pentru siguranță chiar cu membrana interosoasă (după Iacob).

Artera trebuie să fie secționată razant la extremitatea lamboului, căci colateralele sale se distribuie perpendicular la mușchii învecinați.

Grupul muscular extern trebuie să fie cuprins în lamboul ant. pentru amputație în 1/3 sup. și mijlocie și în lamboul post. pentru amputațiile joase.



MYKOCID

TINCTURĂ

(Combinație de jod și fuxină)

Micozicid puternic, cu
acțiune rapidă și eficace

Flacon original cu 50 gr.



SENNA-CARBON

TABLETE

(Combinație de folia sennae plv., fel. tauri depur., carbo depur.,
sulfur. depur., ol. foeniculi B. Ol. menthae)

Medicament pentru trata-
mentul afecțiunilor ga-
stro-intestinale. (Gastrite -
intoxicațiuni alimentare, con-
stipații acute și cronice)

Cutia orig. cu 100 tablete

Fabrica HYGEA-CLUJ S. A. R. București

Splaiul Unirii 127

Telefen 4.22.44

Din mușchii posteriori se va utiliza în lambou numai planul superficial. Deoarece amputația gambei se execută de obicei la distanță de focarul patologic, este consult ca totdeauna să se facă o operațiune tipică, urmând tehnica vreunui procedeu clasic.

În general amputațiile nu trebuie să se facă prea jos, deoarece proteza se sprijină pe porțiunea superioară, tuberozitară a tibiei.

Se relatează apoi observațiunea alor două cazuri unde s'a amputat bilateral în 1/3 sup. a gambei. La ambele cazuri într-o parte s'a executat metoda cu două lambouri, iar în partea opusă metoda cu un lambou extern.

În primul caz amputațiile s'au executat simultan; în cazul al doilea o gambă a fost amputată după tehnica cu două lambouri și după un interval de 2 săptămâni s'a amputat și gamba opusă după procedeul cu un lambou extern.

La ambele cazuri s'a obținut o vindecare mult mai bună și într-un timp mai scurt de partea unde s'a operat după procedeul cu lambou extern.

În cazul al doilea, vindecarea după amputația a doua s'a produs înaintea amputației prime, deși aceasta s'a executat mai târziu cu 2 săptămâni.

Autorul crede că aceste rezultate se datoresc posibilităților mai bune de drenaj în procedeul cu lambou extern.

Cu această ocazie se semnalează tromboze întinse ale venelor posterioare ale gambei constatate la congelați.

Conf. Dr. Z. Borza: Operațiuni pe articulația coxo-femurală.

În primul caz autorul relatează observațiunea clinică a unui rănit în ziua de 16 Sept. 1941 la Odesa, prezentând mai multe plăgi în regiunea dorsală și o plagă în regiunea superioară a coapsei drepte cu fractura colului femural.

După ce este transportat în stare febrilă, imobilizat insuficient din spital în spital (în total 7 spitale) și operat de 2 ori, bolnavul revine după 16 luni în Spitalul Matcă Z. I. 485, unde i se stabilește diagnosticul de artrită coxo-femurală dreaptă cu necroza capului femural.

Este operat din nou în ziua de 12 Ian. 1943, când printr-o artrotomie anterioară după tehnica lui Schede, i se extirpă capul femural drept și se drenează larg cavitatea articulară.

După intervenție bolnavul evoluează cât se poate de bine și după 4 luni dela intervenție este vindecat. Cu această ocazie se prezintă radiografiile dinainte și după intervenție.

După statistica lui Jimeno Vidal, fracturile deschise a colului femural sunt infectate în 54,54%, iar după statistica lui Böhler în 67%.

Violența traumatismului, complexitatea traectului de fractură precum și trombozele și compresiunea datorită inflamației, face ca nutrițiunea capului femural să fie definitiv compromisă.

Autorul arată apoi dispozițiunea anatomică a vaselor de nutrițiune și insistă asupra tabloului radiografic al necrozei capului articular.

Tratamentul fracturii colului complicată cu artrita coxo-femurală este cel operator. Intervenția trebuie să fie făcută cât mai în grabă ca să se evite septicemia, sau prelungirea stării septice ce duce la amiloidoză renală.

În cazul al doilea (prezentat împreună cu Dr. Magda) este vorba de un alt rănit de războiu care prezintă un proiectil de armă de foc localizat în articulația coxo-femurală stângă.

Bolnavul a fost internat timp de trei luni într-un spital german din Lublin. În acest interval a prezentat ascensiuni de temperatură și dureri mari la nivelul artic. coxo-femorale stângi.

Fenomenele au început apoi treptat treptat să cedeze și bolnavul a putut să umble schiopătând. Atât la spitalul din Lublin, cât și la alte spitaluri s'a ezitat extracția proiectilului.

Reintors în țară, după câteva luni de concediu se prezintă la unitate. Deoarece nu poate face serviciu este îndrumat la Spitalul Matcă Z. I. 485, în ziua de 29 Aprilie a. c.

La examinarea bolnavului se constată o atrofie a musculaturii coapsei. Mișcările active se constată destul de bine în coxo-femurală cu excepția abducției, care este limitată. La stațiune în picioare și după mers articulația este dureroasă, schiopătează ușor.

Examenul radiografic permite localizarea proiectilului în partea superioară a capului femural stâng, inclavat în sprânceană cotiloidă.

Proiectilul este extras prin intervenție chirurgicală în ziua de 14 Mai a. c.

Autorul insistă apoi asupra *tehnicii operatorii* urmată. În ambele cazuri s'a practicat calea anterioară abordând articulațiunea între mușchiul drept ant. și psoas (după Schede și Luecke).

În primul caz intervenția a fost extraordinar de dificilă din cauza raporturilor modificate, din cauza fistulei și din cauza infiltrațiunii oedematoase a țesuturilor.

În cazul al doilea s'a putut urma tehnica clasică; proiectilul este extras după ce se raclează zona de osteită din jur.

Plaga este închisă complet fără drenaj. Se insistă asupra faptului că nu s'a utilizat nici fir de sutură și nici de ligatură în profunzime.

Vindecarea în acest caz s'a produs per primam.

Prof. Dr. Țeposu, Dr. Bruda, Dr. Togănel: Un caz de neoplasm complicat cu diverticol vezical.

Prof. Țeposu, Dr. Bruda, Dr. Al. Ciplea: Asupra unui caz de rinichi polichistici anhipertensivi evoluând cu eosinofilie.

În ziua de 22 Februarie 1943, este internată în clinica medicală II bolnava S. M., țigancă, de 45 ani, pentru tumori abdominale bilaterale, pe care însăși bolnava le-a descoperit cu 8 luni mai înainte. În antecedentele personale: pojar, scarlatină, febră tifoidă, malarie. Dela 41 ani în menopauză. Boala actuală datează de un an, debutând insidios, prin ușoare dureri localizate în regiunile lombare, surde, suportabile, aproape continue, însoțite de urinări mai abodente. Cu 8 luni înainte de internarea în clinică, bolnava constată prezența unor rezistențe elastice în ambele flancuri, nedureroase la palpare, care în lunile următoare au crescut în număr. Între timp durerile spontane dela nivelul lojelor, renale au crescut în intensitate, fiind tot timpul mai exprimate la dreapta. Adesea erau însoțite de grețuri, cefalei, salivatie. Apoi, bolnava remarcă din timp în timp urini roșii închise. De două luni grețuri și vărsături mult mai dese, acompaniind o balonare exprimată a abdomenului, o senzație de presiune în lombe și o ușoară bombare a lombei drepte. Scaune de constipație. Greutatea și forța fizică sunt în scădere. Apetitul și somnul mediocre.

La examenul general tegumente pigmentare brune, țesutul celulo-adipos și muscular reduse. Pulmonar nihil. Socul apexian și aria matității precardiace normale. Sgomotele cardiace clare, ritmice, bine bătute. T. A.: 14-8 (R.). Abdomen ușor balonat, cu o sensibilitate discretă, difuză. În ambele flancuri câte o formațiune tumorală, mai mare la dreapta (cât un cap de copil) care prezintă o suprafață ușor boselată, fără rugozități, elastică, prezentând contact lombar. Ficatul nu e mărit. Splina nu se palpează (matitatea mai rezistentă). Urina galben-clară. D.: 1023. A. P. Z.: negative. Sediment: săruri amorfe, rari leucocite, epiteliu descaumate, foarte rari hematii colorate. Lojele renale sensibile și spontane și la presiune. Flancurile bombează ușor, fără apărare musculară. R.-N.: 54 mlgr. % Leucocite: 5400. Hemograma: polinucleare neutrofile: 60%, Eosinofile 13%, Limfocite 21%, Monocite 6%. R. B.-W. și Kahn: negative. R. Casoni: pozitivă. R. Weinberg-Pârnu: negativă. Pielografia descendentă: Bazinetul stg. este lung și linear delimitat spre linia mediană. Rinichiul drept este ptotizat,

bazinul nu este clar vizibil. Se vede porțiunea inițială a ambelor uretere.

Avându-se în vedere datele examenului clinic — prezența formațiunilor tumorale din ambele flancuri, cu suprafața ușor baselată și contact lombar — și datele probelor biologice — R. Casoni: +, eosinofilia de 13% — pe lângă negativitatea R. Weinberg—Părvu, precum și imposibilitatea unei interpretări din pielografia descendentă, bolnava a fost transpusă la clinica urologică. La pielografia ascendentă practică acolo cu bromură de sodiu 30% se constată: În dreapta pe un rinichi ptozat se observă o mărire a bazinei și a calicelui superior, care e alungit și are extremitatea deformată. Ureterul e deviat înspre coloana vertebrală și formează o crosă cu concavitatea înafară. Ureterul, până aproape de abuzarea lui în vezică se suprapune pe coloana vertebrală. În stânga se observă o alungire a bazinei și a calicelui în sens vertical (o „verticalizare”) cu dilatarea accentuată a calicelui. Ureterul formează și aici o crosă cu concavitatea înafară, ureterul fiind deviat spre coloana vertebrală. Datele examenului cromocistoscopic au fost: Capacitatea vezicii de 150 cc. Mucoasa vezicii ușor injectată în col. Orificiile ureterale de aspect normal, fără leziuni în jur, elimină colorantul în jet și intensitate redusă de ambele părți. La controlul urinar se constată de data aceasta prezența albuminei în urină cu multe hematii. Avându-se în vedere durerile continue pe care le prezintă bolnava de un an, precum și faptul că funcțiunea de eliminare a rinichiului era încă bună, cu toate pusele de hematurie descrise de bolnavă în răstimpul ultimelor luni, s'a procedat la intervenția chirurgicală (Prof. Țeposu, Bruda, Toghănel) de partea dreaptă, constatându-se un rinichi enorm mărit prin multiplele chiste ce le prezenta. Acestea erau de diferite mărimi, dela aceea a unei boabe de mazăre până la aceea a unei nuci. S'a făcut electrocoagularea chistelor accesibile și s'a decapsulat rinichiul. Nu s'a aflat prezența unui chist mare, iar conținutul chistelor aflate nu a fost constituit din vezicule. Mers postoperator bun. Azotemia nu s'a ridicat.

În legătură cu acest caz dorim să atragem atențiunea asupra unor împrejurări legate de diagnosticul acestei afecțiuni. Sindromul care duce mai adeseori pe calea diagnosticului este sindromul hipertensiv. Azi, tensiunea arterială se măsoară în mod curent. Prezența unei hipertensiuni atrage atenția asupra rinichilor. Un examen fizic al lor făcut minuțios va putea pune în evidență dela început sau în cursul evoluției hipertensiunii prezența rinichilor polichistici. De altfel în concepția medicală curentă, rinichiul polichistic este necesar legat de un sindrom hipertensiv. Sindromul tumoral ca punct de plecare la diagnostic este legat de o dezvoltare de obicei destul de accentuată, pentru că atâtea vreme cât rinichiul polichistic nu a luat un volum prea mare, nu atrage atențiunea prin durere, jenă sau alte turburări de vecinătate. De aceea, în mod obișnuit când se constată prezența acestui sindrom ca o urmare a unei observații a bolnavului, este vorba de rinichi aflați la sfârșitul fazei preuremice. La un examen medical, constatarea prezenței unui rinichi palpabil, când încă nu pot fi distinse boselurile, va fi un element de diagnostic a unei nefroptoze. Când însă va fi prezentă și hipertensiunea arterială, medicul se va gândi imediat la posibilitatea unui rinichi polichistic. Se vede deci cum din punct de vedere diagnostic lipsa hipertensiunii face ca de multe ori să nu ne gândim la această afecțiune. Pielografia descendentă în multe cazuri nu ne poate furniza elemente certe de diagnostic. De aceea, trebuie să recurgem în caz de dubiu neapărat și la pielografia ascendentă. O grea problemă se deschide când alături de diagnosticul de rinichi polichistici grevează prezența unei eosinofilii și o reacție biologică pozitivă pentru parazitoză și când nu reușim să punem în evidență altundeva în organism ceva parazitar. În unele cazuri nici intervenția chirurgicală nu poate clarifica acest lucru. În cazul nostru urmărirea lui mai departe ne va arăta dacă se dezvoltă undeva un chist hidatic, sau

dacă eosinofilia dispăre. De altfel, cercetările hematologice sistematice din ultimul timp au putut pune în evidență prezența eosinofililor în proporție ridicată în multe afecțiuni (și printre ele afecțiuni renale), aceasta continuând un fenomen de durată sau un episod.

În concluzie, suntem contra suturilor osoase cu fire metalice în fracturile de maxilar și recomandăm colaborarea chirurgului cu medicul stomatolog. Această colaborare o ținem absolut indispensabilă pentru a obține rezultate bune.

Prof. Dr. I. Aleman: Osteomielita maxilarului inferior cauzată de Osteo-sinteza cu fire metalice.

Pentru a demonstra că suturile metalice nu dau rezultatele dorite în fracturi de maxilar și că maxilarele nu se comportă ca celelalte oase ale scheletului uman în aceste suturi, prezentăm două cazuri tratate recent în Clinica Stomatologică. În ambele cazuri este vorba de soldați, răniți de războiu, unde pentru cooptarea bonturilor maxilare, medicul chirurg se folosește de Osteo-sinteza cu fire metalice.

Indepărtate aceste suturi și aplicate bare metalice intraorale, unul se vindecă după două luni de zile, iar al doilea după patru luni.

Că oasele maxilare nu se pretează la suturi metalice se explică chiar prin morfogeneza acestor oase.

Infecțiunile se grefează cu predilecție la zonele de creștere a oaselor, deoarece în aceste locuri avem o zonă de activitate cu capilare numeroase, cu circulație încetinită și cu transformări celulare și chimice mari, în relațiune de creștere a osului; aceste fapte oferă un mediu prielnic pentru o dezvoltare maximă a germinilor patogeni.

Funcțiunea de creștere la toate oasele e transitorie afară de osul maxilar, care în tot timpul vieții suferă modificări neîncetate în structura sa; crește până la o vârstă destul de înaintată, apoi se modifică prin resorbție până la moarte. Afară de creșterea maxilarelor mai avem și evoluția a două dentițiuni în interiorul acestor oase, care provoacă fenomene continue de resorbție și refacere alveolară.

Aceste transformări provoacă intense turburări de vascularizare și ele sunt într-o perioadă destul de lungă, deoarece erupția dinților de lapte începe cu primele luni ale vieții, în timp ce evoluția masei de minte poate întârzia până la 30—40 ani, uneori chiar mai mult.

La aceasta se mai adaugă osteosinteza cu fire metalice, o poartă nouă de infecție prin deschiderea chirurgicală, traumatismul operator, într'un mediu care nicicând nu-l putem declara aseptice.

Prof. Dr. Marius Hângănuț: Considerațiuni asupra cholecistografiei cu Biliselectan.

Autorul expune observațiunile sale cu noul preparat pentru opacifierea veziculei biliare, din care rezultă că Biliselectanul este superior tuturor preparatelor utilizate în acest scop până în prezent și că neopacifierea veziculei biliare cu Biliselectan este expresia unei vezicule biliare absolut patologice.

Conf. Dr. T. Popoviciu și Dr. Pașca: Fibromioma al peretelui anterior vaginal.

Dr. I. Petrescu: Un caz de nevroză traumatică de războiu vindecată cu foliculină.

Conf. Dr. V. Cimoca: Micozele cutanate și combaterea lor în mediul rural și urban în legătură cu o epidemie de tricofitii dintr'un orfelinat.

Conf. Dr. V. Cimoca: Farmacodinamia și acțiunea terapeutică a sulfamidelor în gonococia uretrală.

Conf. Dr. V. Cimoca: Eritrocianoza tinerele fete și tratamentul cauzal.

Conf. Dr. V. Cimoca: Farmacodinamia și acțiunea terapeutică a vitaminei C în tratamentul pruritului de origine internă.

Dr. Scurtu Alexe și Dr. Benchea Veturia: Contribuțiuni la tratamentul turburărilor digestive estivale în mediul rural și urban cu sulfatiazol și sulfapyridină.

Concluzii: 1. În mediul rural au fost tratate 24 cazuri de enterite dizenteriforme și dizenterie, care s'au vindecat cu eleudron.

2. Cantitatea a fost 0,20 pe kg. greutate în primele zile cu reducerea cantității la ameliorarea simptomelor.

3. Durata tratamentului, medie e de 4—5 zile.

4. În acest timp se administrează vitamina C Hepatrat și inj. cu sânge.

5. Se observă vindecarea enteritelor dizenteriforme chiar și la observare mai puțin riguroasă a regimului ca în Clinică, administrând însă eleudrom în cantități suficiente.

6. Au fost tratate tot în mediul rural 5 cazuri de enterite dizenteriforme și dizenterie cu ser antidizenteric, 4 cazuri au fost vindecate, 3 au făcut boală serului, un caz mortal. Durata tratamentului cu ser antidizenteric este între 10—12 zile.

În rezumat se recomandă în turburările digestive tratament precoce, cu deosebire eleudronul care e mai bine suportat. Dozele să fie mari 0,15—0,20 gr. pe kg. greutate și zi, date fracționat cu bicarbonat de sodiu și ceaiu.

Regimul alimentar sub un an: În primele 24 de ore sugarii vor primi: ceaiu cu zaharină, supă de morcovi, morcovi rași, mere rase (aplona), decoct de orez, afine crude pasirate.

A 2-a zi: lapte de mamă, 5×60 sau 6—7×40—50, restul soluție de zahăr alimentar 5%. Cantitatea se mărește cu 100 grame la zi, până se ajunge la 70—80 calorii pe kg, greutate.

În lipsă se poate folosi: zare (eledon), calcilactin, lapte degresat acidifiat, lapte albuminos, larosan, cafoseină. Alimentele notate, se vor completa cu 3—5 zahăr alimentar. În caz de necreștere în greutate se mărește concentrația zahărului alimentar până la 6—10%. Regimul se continuă 4—6 săptămâni. Nu prelungim dieta alimentară prea mult cu făinoase și cereale din cauza pericolului distrofiilor.

La copii peste un an, se adaugă și mămligută cu brânză de vacă, carne, șuncă fără grăsime.

În mediul rural se recomandă sulfamidoterapie din următoarele motive:

1. Ușurința administrării sulfamidelor.
2. Rapiditatea în acțiunea lor.
3. Sunt bine suportate.

Nu avem accidente serice ca în folosirea serului antidizenteric.

SOCIETATEA MEDICALĂ A SPITALULUI MILITAR SIBIU

Sedința din 30 Ianuarie 1943

Prezidează: Prof. Dr. C. TĂTARU

Medic Major Prof. Dr. C. Tătaru și Medic Lt. rez. Dr. L. Modran: Un caz de varicelă la vârstă adultă. Soldatul Radomir Stefan ctg. 1935 Reg. 96 Inf. a intrat în Spitalul Militar la 29 Ianuarie 1943.

Examenul Obiectiv: Bolnavul are temperatură de 39,7.

Prezintă o erupție cutanată ce interesează corpul în întregime în mod diseminat, cu predominanță pe față, trunchiu, extremitățile superioare și inferioare. Erupția este compusă din leziuni papulo-veziculoase, papulo-pastuloase și papulo-crustoase de dimensiuni ce variază de la mărimea unei gălăii de ac la aceea a unui bob de linte.

Este de remarcă prezența de leziuni numeroase pe mucoase: Am prezentat acest caz, pentru că varicela la vârstă adultă constituie

o raritate și în acest caz sunt de subliniat și prezența de leziuni pe mucoasă, o localizare destul de rară.

Medic Major Prof. Dr. C. Tătaru și Medic Lt. Rez. Dr. L. Modran: Psoridză vulgară forma verucoasă cu rhagade.

Soldatul T. V. ctg. 1925 din Comp. II pază C. F. R. Simeria a intrat în Spitalul Militar din Sibiu la 14 Ianuarie 1943.

Antecedente personale și istoricul boalei: Boala actuală datează de 3 ani, când a debutat cu leziuni localizate la început pe pielea păroasă a capului, de unde s'au extins ulterior în mod diseminat pe toată suprafața tegumentelor.

Examenul Obiectiv: Prezintă o afecțiune cutanată ce interesează în mod diseminat și simetric toată suprafața corpului predominând mai ales pe pielea păroasă a capului, trunchiul și fețele extenzorice ale extremităților superioare și inferioare.

La examenul mai amănunțit al erupției constatăm că ea e formată din niște leziuni eritemato-papulo-scuamoase și că diferă unele de altele numai prin mărimea lor, care variază de la dimensiunea unui bob de mei la aceea a unei monede de 20 lei (coate și genunchi).

La gratajul metodic după Brocq constatăm semnele caracteristice papulei psoriazice: scoamale se detașează sărind în toate părțile și dând șgomotul de lumânare sub scoame evidențiem o peliculă, fină peliculă subscuamoasă, pe care dacă o detașăm se evidențiază o suprafață erozivă acoperită cu hemoragii punctiforme (fenomenul lui Auspitz).

La cazul de față sunt de semnalat leziunile de aspect verzucos de pe suprafața dorsală a mâinilor, printre care se observă și niște fisuri adânci hemoragice, din cauza căror leziuni bolnavul are mișcări funcționale ale mâinilor limitate și foarte dureroase.

Bazați pe simptomele clinice punem diagnosticul de psoridză vulgară generalizată, cu formă verucoasă la nivelul mâinilor și fisuri.

Med. Lt. rez. Dr. N. Bumbăcescu: Cazuri de calcefieri pleurale.

Deși calcefierile pleurale au format subiectul unei publicații anterioare făcută împreună cu Dl Prof. L. Daniello, revin asupra lor cu câteva considerațiuni în legătură cu bolnavii tratați în Secția de Boli Pulmonare a Spitalului Militar.

Motivele care mă determină să fac aceste sumare considerațiuni sunt:

a) Diagnosticul de calcefieri pleurale este greu de făcut chiar și de către medicii de specialitate.

b) Există uneori un contrast isbitor între starea generală bună a bolnavului și întinderea leziunilor pleurale.

c) Din această cauză nici situația militară a bolnavilor cu calcefieri pleurale nu este rezolvată în cele mai bune condițiuni.

Iată pe scurt istoria clinică a câtorva din cazurile observate în Secție: Urmează descrierea a cinci cazuri clinice cu prezentare de radiografii.

Din observațiile clinice, mai sus descrise, rezultă că pleurezia serofibrinoasă poate fi cauza calcefierilor pleurale, de cea mai variată formă și întindere.

Diagnosticul calcefierilor pleurale este greu de făcut și de cele mai multe ori ele se confundă cu alte boli. Astfel toate cazurile observate de noi au fost etichetate cu pleurezii, simfize pleurale, leziuni bacilare pe cale de organizare etc.

Motivul acestei erori este de a căuta în simptomatologia săraxă sub care se manifestă calcefierile pleurale. Bolnavii de calcefieri pleurale adese ori foarte întinse prezintă puține simptome subiective. Ușoare dureri în emitorace, dispnee de efort, discretă alterare a stării generale, constituiesc simptomele cele mai des întâlnite.

HEPAGEN

Extract de ficat injectabil

Pentru tratamentul anemiilor în general

Posologie: 1—2 fiole zilnic intramuscular
sau subcutanat.

In cazuri grave se pot face
4—5 fiole odată la interval
de 2—3 zile.

Prezentare: Cutii a 10 fiole a 2 cc.

COOPERATIVA

„Uzinele Sanitare Paulescu-Gerota-Sumuleanu“

București, Calea Griviței 67 - Telefon 4.98.08.



SIROP DE EPHETONINĂ

Cu acțiune excelentă
expectorantă și calmantă în
tuse, tuse convulsivă și bronșită

Flacoane cu aprox. 170 gr.

DARMSTADT . FABRICĂ DE PRODUSE CHIMICE • FONDATĂ 1827

Reprezentanța: Chimiroman, București I, Str. T. G. Masaryk 32

Toate aceste acuze fiind comune și diverselor forme de simfize pleurale nu este surprinzător că de cele mai multe ori bolnavii vin în spital cu acest din urmă diagnostic.

Pentru precizarea diagnosticului în afară de examenul fizic care în cele mai multe cazuri nu este concludent, trebuie să ne folosim de toate mijloacele de investigație pe care ni le pune azi Clinica la îndemână (antecedente, punctii, examen radioscopic, radiografii, funcțional, etc)

Dintre acestea examenul radiologic este cel mai important și el trebuie să fie făcut cât mai îngrijit, bolnavul trebuind să fie examinat în toate diametrele toracice. Calcefierile pleurale chiar foarte întinse sunt compatibile cu starea generală cât se poate de bună. Din acest motiv adeseori bolnavii nu sunt luați în serios când relatează simptomele subiective. Dacă în aceste cazuri medicul nu se folosește de toate mijloacele, dintre care după cum am amintit examenul radiologic nu trebuie să lipsească, ei sunt considerați sănătoși sau în cel mai bun caz diagnosticul de calcefieri pleurale este confundat cu cel de simfiză pleurală.

Considerați ca purtători a unor simfize pleurale fără importanță acești bolnavi sunt încadrați, în caz de concentrare, la unitățile lor ca oameni sănătoși. Aici fiind supuși eforturilor fizice cerute de program, ei își accentuează acuzele subiective și în realitate nici nu pot face față eforturilor impuse. Cauza acestei lipse de adaptare la efort se datorește reducerii funcționale a câmpului respirator produsă fie de simfiza întinsă a pleurei din marea cavitate precum și de masa calcară care uneori dislocă plămânul pe o mare întindere. În afară de accentuarea acuzelor subiective acești bolnavi pot avea și turburări din partea inimii care uneori pot ajunge până la asistolie. Din acest motiv credem că purtătorii de calcefieri pleurale întinse nu sunt capabili să împlinească eforturile fizice impuse de serviciul militar activ și ca atare ei trebuie să fie clasati serviciul militar auxiliar.

Medic Lt. rez. Dr. N. Zolog : O complicație foarte rară a trachomului : chertoconul (cu prezentare de caz).

Chertoconul sau stafilonul pelucid al corneei, afecțiune degenerativă a corneei se întâlnește extrem de rar, abia în proporție de 1 la 30—50 000 bolnavi oculari.

Afecțiunea se caracterizează după cum arată și numele printr-o deformare conică a corneei, fără ca transparența acesteia să sufere prea mult, cu excepția vârfului conului corneean care de cele mai multe ori prezintă opacități interesând epitelul și membrana lui Bowmann sau Descemet-ul. O altă opacitate este constituită de așa numitul inel al lui Fleischer, de culoare brună sau verzuie și care înconjoară vârful chertoconului. Camera anterioară în chertocon este foarte profundă iar tensiunea intraoculară este de mai multe ori modificată. La skiascopie și oftalmometrie chertoconul se revelează prin mișcarea neobișnuită a umbrelor pupilare și deformarea caracteristică a mirelor astigmatului, iar subiectiv printr-o accentuată scădere a vederii care se ameliorează numai parțial prin lentilele concave deși ochiul este miop.

La examenul biomicroscopic ori chiar și cu o lupă se remarcă ușor opacifierea conului corneean și subțierea foarte evidentă a țesutului corneean la acel nivel, subțiere care este adesea responsabilă de rupturi fie ale membranei lui Descemet ale lui Bowmann, sau chiar rupturi totale ale corneei la vârf. La unul dintre bolnavii prezentați toate simptomele descrise sunt ușor sesizabile la un examen simplu. Acest bolnav de 31 de ani nu vede bine de la etatea de 10 ani când probabil a început deformarea corneei sale. La al doilea bolnav de 32 de ani care a prilejuit cu comunicarea mea, afecțiunea a început la etatea de 15 ani în legătură cu un trachom pentru care a fost operat și tratat mult timp. Are și azi numeroase cicatrice conjunctivale mai ales la OD unde chertoconul este mai accentuat și o abea perceptibilă nubeculă

corneeană. Deformarea corneei a mers și aici treptat și azi e ușor de recunoscut mai ales din profil.

Drept concluzii practice se desprind următoarele două puncte :

1) Trachomul pe lângă numeroasele complicații cunoscute ar putea provoca și chertoconul.

2) Din punct de vedere militar oamenii cu chertocon urmează a fi reformați chiar dacă acuitatea vizuală cu corecție este satisfăcătoare, căci afecțiunea lor este progresivă.

Medic Lt. rez. Dr. St. Gârbea, Dr. Enescu, Drd V. Popovici : Chist dentifer calcificat al sinusului maxilar drept supurat și fistulizat suborbitar.

Bolnavul de față l'am mai prezentat într-o ședință anterioară cu o infecție masivă supraacută, prezentând în același timp un abces al septului nasal care îi obstrua complet fosele nasale, un flegmon periamigdalian drept, care prinsese vălul palatului, obstruând aproape complet bucofaringele prin intermediul căruia respira foarte dificil. În același timp prezenta și o pansinuzită supurată dreaptă cu această fistulă suborbitară. După vindecarea abcesului septului și flegmonului faringian și spălături în sinus până aproape de vindecare, am ținut să-l prezint în fața Dvs., ca cel dintâi caz pe care l-am întâlnit cu o infecție atât de masivă și cu o fistulă cutanată a sinusului maxilar.

Această fistulă cutanată a sinusului maxilar a dat de gândit prin apariția ei la partea superioară și nu în partea declivă a sinusului unde trebuia să apară fistula în mod logic, așa cum am întâlnit fistule ale sinusului frontal la planșul lui, în unghiul intern al orbitei sau pe arcada sprâncenoasă.

Astfel am recurs la trepanația sinusului maxilar.

Prin îndepărtarea peretelui anterior în fosa canină în loc să cădem în cavitatea sinusului dăm peste al doilea perete mai puțin consistent decât osul maxilar și care ocupă întreg planșul sinusului acoperind în totalitate deschiderea sinusului spre fosa nasală. Trepanând și această formațiune care nu avea aspectul de osteon am întâlnit în interiorul lui spre planșul sinusului un dinte cu aspect de canin a cărui umbră la radiografie se observă greu fiind acoperit cu două straturi osoase. După evacuarea completă a sinusului, ne-am putut explica apariția fistulei cutanate la partea superioară a sinusului, puroiul sub tensiune fiind împiedicat de a urma calea obișnuită a deschiderii naturale sau a planșului, prin expansiunea chistului calcificat.

Chistele dentare care invadează sinusul maxilar se împart în două mari grupe :

1) *Chistele paradentare* sunt acelea care pornesc de la rădăcina unui dinte așezat în arcada dentară.

2) *Chistele dentifere* sunt acelea care au un dinte inclus care nu se găsește în arcada dentară așa cum e la cazul nostru. Aici caninul superior drept lipsește în arcadă și l'am întâlnit în cavitatea sinusului.

Am mai avut un singur caz la Cluj în 1937. Copilul unui evreu de 9 ani, care avea toată fața diformată din cauza expansiunii unui chist dentifer care uzând toți pereții osoși ai sinusului a întrecut în creșterea lui cu mult limita acestora.

Dintele aberant la acest copil era în planșul orbitei și se distingea foarte bine la radiografie. În concluzie : cazul acesta prezintă importanță prin raritatea lui excepțională cu o fistulă cutanată în partea superioară a sinusului maxilar.

Prin calcefieră chistului dentifer care se produce extrem de rar în evoluția chistului și care după calcefieră încetează de a mai crește pentru a ajunge la uzarea pereților sinusului.

Calcefieră sau osificarea chistelor se produce de obicei la cele ce apar în interiorul mandibulei. Deasemenea trebuie să remarcăm turburările embiologice care fac, ca un mugure dentar să rătăcească în interiorul sinusului.

Medic Major Prof. Dr. C. Tătaru, și Medic Lt. rez. Dr. L. Modran: Considerațiuni asupra congelărilor observate în actualul război. (Va apare ca articol).

DI Medic Col. Dr. Worel amintește observațiile făcute de Domnia Sa văzând cazuri care au prezentat după congelări lipsa unor fragmente importante de membre cari dădeau bolnavului un grad mare de invaliditate. Totuși regulamentele prevăd ca acești bolnavi să fie clasați ca accidentați de război, iar nu ca invalizi. Crede că o schimbare a regulamentului la acest punct este justă.

DI Medic Major Prof. Dr. C. Tătaru, cere să se ia măsuri pentru îmbogățirea arsenalului medicamentos al Spitalului cu preparate hormonale cari pe lângă faptul că duc la o scurtare a numărului zilelor de spitalizare, mai au avantajul că reduc mult turburările funcționale.

La discuții mai iau parte DI Prof. Dr. Popovici, Președintele Soc. Științelor Medicale a Facultății de Medicină, DI Medic Major Mihail, DI Medic Major Pascu, etc.

Revista cărților

Elemente de istologie și tehnică microscopică, de Prof. Ion Drăgoiu. Editura H. Welther, Sibiu, str. Regina Maria 28. 1943. Un volum de 840 pagini. Prețul volumului în 3 fascicule broșate 3600 Lei; volumul legat în pânză 3800 Lei.

În zilele acestea a apărut ediția a doua a fascicolului III din splendidul tratat de istologie al marelui și neuitatului măiestru în istologie, profesor Ion Drăgoiu. Cu acest fascicol volumul este complet apărut.

Ediția a doua a fost revizuită și adăugită de eminentul urmaș al profesorului Drăgoiu la catedra de istologie, de către neîntrecutul specialist în istologie, prof. Dr. Crișan Cornel.

Prof. Crișan face următoarea remarcă în prefață la această ediție referitoare la modul cum a înțeles această revizuire: „Această admirabilă carte didactică, premiată cu marele premiu „Oroveanu” al Academiei Române, conține nu numai minimumul necesar unui student în medicină pentru a-și putea susține examenul de Istologie, ci ea poate fi consultată cu profit, în unele capitole ale ei, și de alte persoane, care se ocupă cu științele biologice.

Intocmită și concepută într-un mod aproape original și personal de un măiestru priceput și rutinat, scrisă cu claritate și cu acel simț didactic, pe care numai după o lungă carieră dascălească și științifică le poți stăpâni în deajuns, am ținut de a mea datorie de a modifica, a completa și a suprima numai ceea ce a fost absolut necesar, întocmai așa cum ar fi făcut-o regretatul meu șef, pe care timp de aproape 18 ani de colaborare armonioasă am avut ocaziunea să-l cunosc în deajuns și să-l prețuiesc.”

Volumul întreg are următorul conținut: Partea întâia se ocupă cu tehnica microscopică, unde se descrie întâiu microscopul și accesoriiile sale cu toate detaliile necesare pentru înțelegerea manipulării acestui instrument atât de necesar în cercetările de laborator; se descrie aci apoi tehnica de executare a preparațiilor microscopice.

Partea a doua se ocupă cu morfologia și fiziologia celulară.

Partea a treia tratează despre evoluția celulelor și reproducerea indivizilor.

Partea a patra se ocupă cu țesuturile: țesutul epitelial, țesutul de legătură și susținere, țesutul muscular, țesutul nervos, sângele și limfa.

În partea cincea se expun organele și anume: organele hematopoietice, limfopoietice și hematolitice, aparatul de susținere (scheletul cartilaginos, osos, articulațiile), aparatul locomotor, aparatul circulator, aparatul digestiv, aparatul respirator, aparatul urinar, glandele cu secreție internă, aparatul genital, sistemul nervos, organele simțurilor (organul tactului, mirosului, gustului, vederii, organul auditiv).

Prin reeditarea acestui volum din tratatul de istologie al profesorului Drăgoiu, profesorul Crișan nu numai că cinstește memoria fostului său maestru, dar se aduce și un mare serviciu învățământului de la Facultățile de Medicină, punând la dispoziție studenților o carte didactică de istologie admirabilă, redactată cu o claritate deosebită și prezentată de către editură în condițiuni tehnice excelente.

Bolile endocrine (Endocrine Krankheiten) de Prof. Dr. H. Curschmann. Un volum de 148 pagini, cu 47 figuri în text. Editura Theodor Steinkopff, Dresden și Leipzig, 1943.

A apărut ediția a 3-a a volumului cu bolile endocrine din colecția „Medizinische Praxis”, editată de profesorii: Grote, Fromme, Warnekros, Lange.

Volumul are următorul conținut: Bolile glandei tiroide, glandelor paratiroide, ale ipofizei, ale suprarenalelor, ale glandelor genitale la bărbat și la femeie.

La fiecare din aceste glande endocrine se expune întâiu anatomia și fiziologia glandei, apoi se tratează cu toate detaliile necesare diferitele boli endocrine și sindrome în legătură cu glanda respectivă.

Cartea este o admirabilă lucrare în primul rând pentru toți medicii practicieni și pentru studenții în medicină, fiindcă în ea găsim tot ce este strict necesar în legătură cu practica medicală de toate zilele și studenții găsim ce este necesar pentru examenele de specialitate. Însă cartea poate fi consultată cu folos de către orice medic, ea conținând noțiunile indispensabile de endocrinologie în orice domeniu al medicinei.

Experiență clinică și istologică cu transplantarea de corne (Klinische und histologische Erfahrungen mit der Hornübertragung) de Prof. Dr. J. Imre. Editura Ferdinand Enke, Stuttgart, 1942. Pagini 50. Prețul RM. 7.

În această lucrare autorul tratează problema transplantărilor de corne bazat pe o experiență și material clinic personal din cele mai vaste.

După o scurtă introducere se discută indicațiunile operațiunii, materialul de utilizat pentru transplantare, executare propriu zisă a intervenției cu tratamentul post operator. Urmează apoi expunerea a 21 de cazuri, unde s'a făcut operațiunea, după care se trag concluziunile necesare.

Lucrarea este ilustrată cu 64 figuri în text în cea mai mare parte colorate.

Această lucrare este de o mare utilitate pentru specialiști oftalmologi.

Conf. Dr. I. Gavrila

Revista revistelor

DERMATOLOGIE

Topografia temperaturii cutanate la om. (Temperatur-topographie der menschlichen Haut) de *Dr. A. Razgha* și *Dr. L. Zselynoka*. Z. Der exper. Med., Vol 110, pag. 643—659, 1942.

Studiile au fost făcute pe sergenți de stradă, luându-se valori termoelectrice pe 25 regiuni corporale, la diferite temperaturi ale camerei. Valorile obținute vor trebui luate de sigur ca medii. În camerele cu o temperatură de 21—22° corpul fiind acoperit cu o pătură, s'au aplicat măsurătorile imediat după îndepărtarea păturii. Temperatura cea mai ridicată s'a observat la nivelul pielii frunții, 37,9°. Temperatura cea mai joasă la nivelul degetelor dela picioare. Temperatura degetelor și a nasului este foarte mult influențată de temperatura mediului. Pe lângă o temperatură mai joasă, cel mai repede se răcesc degetele membrilor, în timp ce temperatura frunții abia suferă variațiuni. Scăderea de temperatură cea mai mare se observă în primul sfert de oră. În ceea ce privește deci variațiunile de temperatură cutanate va trebui să dăm cea mai mare importanță extremităților.

Bolile parazitare ale pielii. Combaterea epidermofitiei. (Pilzkrankheiten der Haut) de *Prof. Dr. Memmesheimer*. Gesdhtfhr. Vol. 9, pag. 222—224, 1942.

În ceea ce privește bolile de piele produse prin hipomicete și sacaromicete, epidermofitia și schizosacaromicoza, se deosebesc trei forme: forma dishidrotică (care se manifestă prin apariția de mici vezicule la nivelul palmelor și plantelor), forma descuamativă (cu fenomene descuamative) și ca cea mai frecventă forma intertriginosă care de multe ori are o durată de ani de zile. În toate aceste cazuri spălarea cu săpunuri favorizează prin alcalinizarea

pe care o produce, dezvoltarea ciupercilor. În ultimii ani prin culturi făcute epidermofitul a putut fi pus în evidență în praf, pe podele, în pantofi etc. Analiza ciupercilor se face cel mai bine recoltând o scuamă și examinându-o la microscop cu ajutorul unei soluții de potasă de 15%, în prealabil încălzită. Terapia se rezumă la roentgenterapie, spălături, mixturi, preparate gudronate. Dacă este vorba de colectivități, va trebui să se desinfecteze podelele, băile, periile cu care se spală etc. Acest lucru este valabil mai ales pentru industrii.

Boli de piele condiționate de anotimpurile calde. (Durch die heisse Jahreszeit bedingte Hauterkrankungen) de *Doc. Dr. Saltner*. Med. Welt, Anul 16, Nr. 31, pag. 770—773, 1942.

Secreția mai accentuată sudoripară și sebacee din timpul anotimpurilor mai calde, duce în cazul împiedecării evaporăției la intertrigo. Prin infecția secundară cu piococi și ciuperci se produc eroziunile interdigitale micotice sau hidrosadenitele pe o piele intertriginosă. Ca afecțiuni localizate miliaria rubra, care survin mai ales la tropice și interesează tot corpul. Asemănătoare este miliaria cristallina (Sudamina) care este lipsită de mâncărime. Dishidroza interesează mâinile și picioarele în mod simetric ducând deseori la eczeme dishidrotiforme, care evoluează în puseuri și sunt însoțite de mâncărime intense. Hipersecreția glandelor sebacee duce la seboreea oleasă sau siccă, pe care de asemenea se poate desvolta o eczemă. Pe o astfel de piele se grefează ușor ciupercile ducând la pitiriază verzicoloră, eritasmă sau epidermofitie. Profilaxia acestor afecțiuni cutanate constă în alegerea unei îmbrăcăminti care să permită o bună ventilație și care va fi deseori schimbată, în băi, pudrări, spălături cu soluții alcoolice de tanin. Pomezile sunt contraindicate. Formele dishidrotiforme se tratează mai nou și cu succes cu acid nicotinic.

Dr. Emil I. Bologa

Note și informațiuni

Decrete-Deciziuni

In Mon. Oficial Nr. 22 din 22 Sept. 1943, s'a publicat Decizia ministerială Nr. 48.086, prin care Dr. Manu Augustin, medic primar provizoriu, al secției de puericultură dela spitalul public Sibiu, se transferă în aceeași calitate la Subcentrul de ocrotire din Sibiu.

In Monitorul Oficial Nr. 224 din 24 Sept. 1943 s'a publicat Decizia ministerială Nr. 7559 din 18 Sept. c., prin care preparatul Dolantin, sub orice formă se consideră ca producând efecte similare cu specialitățile cu coținut stupefiant și va urma regimul lor.

In Mon. Oficial Nr. 229 din 30 Sept. 1943, s'a publicat Decizia ministerială Nr. 49295 prin care se acordă primă specială de reședință de câte 5000 lei lunar, începând cu 1 Aprilie 1943, Inspectorilor de ocrotire dela Iași, Sibiu și Timișoara.

Prin Decizia minist. Nr. 48084 din 18 Sept. publicată în același Monitor, Dr. Vătămanu Nicoale se numește provizoriu, până la concurs, pe 1 Oct. 1943 consilier tehnic venerolog al Min. Sănătății.

Prin Decizia minist. Nr. 50393 din 25 Sept., Dra Dr. Demian Aurelia se numește provizoriu pe 1 Oct. 1943 în postul de medic al circ. Bretea Română jud. Hunedoara.

In Monitorul Oficial Nr. 230 din 1 Oct. 1943 s'a publicat Legea Nr. 656 pentru organizarea și funcționarea Colegiului medicilor.

In același Monitor s'au publicat posturi de medici de circ-ție vacante în județele: Alba, Arad, Bihor, Brașov, Caraș, Hunedoara, Severin, Târnava Mică, Timiș și Cluj-Turda, pentru care se pot face cereri de transferarea sau numire în termen de 20 zile dela înserarea în Monitorul ministerului.

In Monitorul Oficial Nr. 232 din 4 Oct. 1943 s'a publicat tabloul personalului superior sanitar, ce urmează a fi pensionat în cursul anului 1944.

In Monitorul Oficial Nr. 234 din 6 Oct. 1943 s'a publicat următoarea mișcare în personalul medical.

Dr. Faur Teodor, se numește provizoriu, pe 5 Oct. c., până la numirea unui titular definitiv în postul vacant de medic al circ. Remetea Mare, jud. Timiș.

Dr. Constantin Mărgineanu se numește pe data de 6 Oct. 1943, în mod provizoriu în postul vacant de medic al circ. Berlișteu jud. Caraș.

Dr. Săcui Ștefan, medic secundar provizoriu la Sanatoriul Tbc. Aiud, se transferă provizoriu, în postul vacant de medic secundar la Spitalul de boli pulmonare din Brașov.

In Monitorul Oficial Nr. 238 din 11 Oct. 1943 s'a publicat următoarea mișcare în personalul tehnic al ministerului:

Dr. Iosif Stoichiția, șef de secție definitiv la Institutul de igienă și sănătate publică din Cluj-Sibiu, fiind numit profesor titular de igienă generală la Facultatea de medicină din Cluj-Sibiu, se înaintază subdirector (profesor universitar) al Institutului în locul rămas vacant prin decesul prof. Dr. M. Zolog.

Dr. Cărpinișan Cornel, actual medic primar chirurg al Oficiului Asigurărilor Sociale în Brașov, se tran-

sferă după cerere în postul de medic primar chirurg la spitalul de boli pulmonare Brașov.

Dr. Baci Domițian, actualul medic primar ftiziolog definitiv la spitalul Târnăveni, se transferă definitiv după cerere în postul de medic primar de sanatoriu de tuberculoși Piatra Neamț.

In Monitorul Oficial Nr. 241 din 14 Oct. 1943 s'a publicat ținerea concursurilor de internat și externat în medicină, după cum urmează: la București, Sibiu și Iași.

Concursul de externat, la 18 Noembrie 1943, ora 9 dimineața.

Concursul de internat la 2 Decembrie 1943, ora 9 dimineața.

Pentru Sibiu sunt: 50 posturi de externi și 10 de interni.

† Dr. C. A. Vasilescu

(12 Martie 1912—19 Decembrie 1942)

Se împlinește aproape un an de când Doctorul C. A. Vasilescu a căzut la Stalingrad.

Dela începutul războiului, mai înii ca medic al unui spital de campanie, apoi ca medic al unui regiment de infanterie a fost în permanență în zona de luptă.

Cu o conștiinciozitate rară, cu dragoste neprecupețită, cu mult sânge rece, zi și noapte a căutat să aline suferințele acelor, cari apărându-și țara, cădeau loviți de armele dușmane. Nici schije de brandurilor și ale artileriei, nici bombe de aviației, nici gloanțele mitralierei nu l'a împiedecat să dea primul ajutor acolo unde trebuia și atunci când trebuia. Știa, doar, că de un pansament sau o hemostază făcută la timp, o fractură imobilizată din vreme depinde soarta unui om.

La 18 Decembrie 1942 este lovit de schije de avion. Rănit grav în abdomen și cu unul din membrele inferioare amputate, fără să i se poată da vreun ajutor, moare după câteva ore. A doua zi este înmormântat, de camarazii lui, în comuna Pitomnic la 4—5 Km. de Volgă.

Născut în comuna Ștefan cel Mare—Romanai, la 12 Martie 1912, face liceul la Brașov, iar facultatea de Medicină la Cluj și București.

Ca extern al Clinicilor din Cluj, și apoi ca intern al Eforiei Spitalelor Civile din București își face o pregătire medicală temeinică. Teza de doctorat o lucrează în clinica profesorului Băltăceanu.

A avut de luptat cu multe greutăți pentru a putea termina liceul și apoi facultatea, a isbutit însă să le învingă pe toate.

Tot greutățile materiale îl obligă să părăsească clinica și laboratorul de care se simțea strâns legat pentru a merge ca medic al circumscripției Grojdibod—Romanai.

De o inteligență vie, conștiinciozitate și cinste desăvârșită. Muncea cu dragoste și perseverență, nu se lăsa descurajat niciodată. Insușirile intelectuale era în armonie deplină cu calitățile sufletești. Un temperament li-

niștit, cumpătat se îmbina cu un suflet bun și deschis.

Amintirea lui va trezi întotdeauna în sufletele noastre un sentiment de dragoste și adâncă părere de rău, căci imaginea lui este pentru noi imaginea celui mai bun camarad și coleg.

Dr. C. Meșianu



† Dr. C. A. VASILESCU

BROMO- STRONTIURAN



Comprimat à 1 gr.

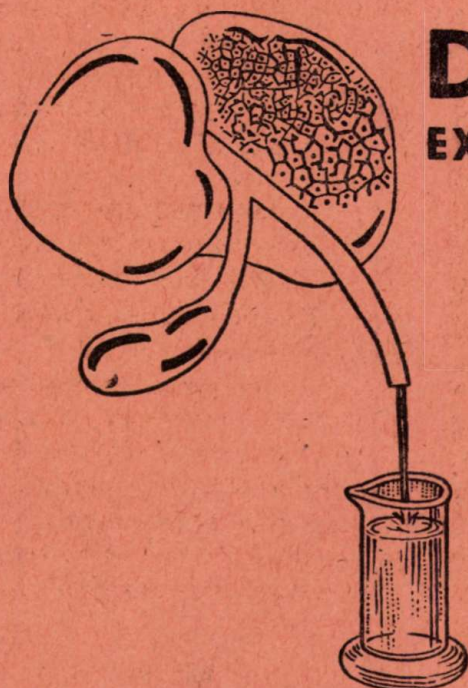
Fiole à 5 și 10 ccm.

s'a dovedit foarte indicat în

Dermatosele pruriginoase

Literatură la cerere prin :

LOEW și Co. A. G., Siblu, Str. Bisericii 11-a



DECHOLIN

EXPERIMENTAT ANI DE ZILE

COLERETIC
COLAGOG
DIURETIC



J. D. RIEDEL-E. DE HAËN, A.-G. BERLIN-BRITZ
REPREZENTANT PENTRU ROMÂNIA: RUDOLF FOREK
BUCUREȘTI 3, STR. G.-RAL EREMIA GRIGORESCU, 6

Chimioterapie antibacteriană

PNEUMOCOCCI
MENINGOCOCCI
GONOCOCCI
STREPTOCOCCI
STAPHYLOCOCCI



Dagénan

SULFAPIRIDINĂ

α (p-amino-benzen sulfamido)-piridină

COMPRIMATE DOZATE LA 0.50g

doza medie la adult
în primele zile:

*3 grame, și mai mult în cazurile grave,
și anume în doze fracționate de câte
o jumătate de comprimat.*

ODETTE
ZÉAU

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA MARQUES POULENC F^{rs} & USINES du RHÔNE

21, RUE JEAN GOUJON · PARIS · 8^e

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXIV

SIBIUL MEDICAL

Anul IX

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICA

Anul VII

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Organ Oficial al Facultății de Medicină din Cluj-Sibiu, Societății Științelor Medicale din Cluj-Sibiu
Inspectoratului General Sanitar Sibiu și al Colegiilor Medicilor din Inspectoratul General Sanitar Sibiu

COMITETUL DE REDACȚIE:

Prof. Dr. I. Aleman, Prof. Dr. V. Baroni, Prof. Dr. Gr. Benetato, Prof. Dr. V. Bologa, Prof. Dr. Gh. Buzoianu, Prof. Dr. C. Crișan, Dr. I. Cosma, Prof. Dr. L. Daniello, Dr. I. Fabritius, Doc. Dr. O. Filipescu, Prof. Dr. I. Goia, Prof. Dr. C. Grigoriu, Prof. Dr. M. Hângănuț, Prof. Dr. I. Hațieganu, Dr. L. Ionașiu, Prof. Dr. M. Kernbach, Prof. Dr. I. Manta, M. Manta, Dr. C. Manta, Prof. Dr. D. Michail, Prof. Dr. I. Moldovan, Prof. Dr. D. Negru, Prof. Dr. V. Papilian, Prof. Dr. Al. Pop, Prof. Dr. R. Popa, Prof. Dr. Gh. Popoviciu, Conf. Dr. Tr. Popovici, Dr. A. Popu, Dr. Gh. Preda, Prof. Dr. S. Secăreanu, Prof. Dr. I. Stoichiția, Prof. Dr. M. Sturza, Dr. I. Sturza, Prof. Dr. C. Tătaru, Prof. Dr. E. Țeposu, Prof. Dr. C. Urechia, Dr. L. Ursu, Prof. Dr. T. Vasiliu, Prof. Dr. C. Velluda.

DIRECTOR:

Conf. Dr. I. GAVRILĂ

REDACȚIA
ȘI ADMINISTRAȚIA

Clinica ginecologică și
obstetricală Cluj-Sibiu,
str. Haller Nr. 1

Telefon 45



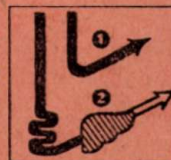
Cu privire la terapia hormonală cu substanțe proprii organismului

În afară de acțiunea Progynon-ului în turburările climacterice și ale menstruației, Progynon-ul realizează, ca hormon folicular propriu organismului, o creștere a bunei stări generale și înviorare efectivă a dispoziției generale.

Rezorbția perlinguală

a Progynon-ului în picături atunci când se ia atât cât e indicat (de 4 ori pe zi câte 5-10 picături-nediluate) se săvârșește atât de bine, că se obține un efect sigur, chiar și cu doze hormonale relativ mici.

În aplicarea perlinguală, hormonul intră în sânge pe cale directă (1) fără să fie inactivat în parte în ficat, după cum se întâmplă în rezorbția gastro-intestinală (2).



AMBALAJE:

Picături de Progynon

2 mg în 20 cc.

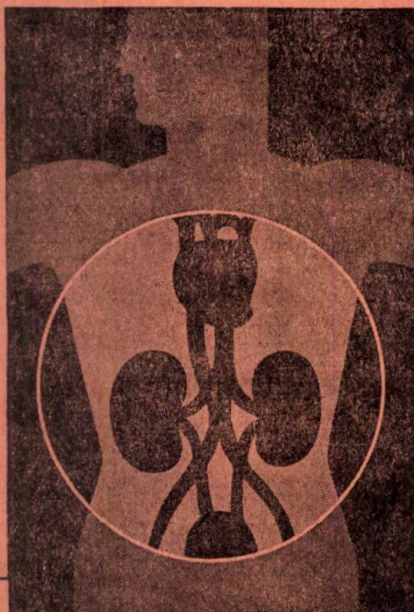
Picături de Progynon forte

15 mg în 20 cc.

SCHERING A.G. BERLIN

Coderre, București, Str. Clemenceau 6

Of. Reg. Com. 892/933.



*Pentru
terapeutică
individuală
a inimii și
circulației*

Calcium-Diuretina

Medicament eficace cardiac și vascular
și diuretic puternic.

Iod-Calcium-Diuretina

În deosebi pentru tratamentul turbu-
rărilor bătrâneții.

Rhodan-Calcium-Diuretina

Medicament hipotensiv reputat.

Tuburi de câte 20 tablete.



KNOLL A.-G., Ludwigshafen pe Rin.

«KNOLL» S.A.R., Str. Atena 29, București 3.



ANTISCORBIN

Produs de vitamină „C” (L-Ascorbinat de sodiu):

Injectii:	0,05/1 cmc.	—	cutia	cu	10 fiole
„	0,10/2	„	—	„	5 „
„	0,50/5	„	—	„	3 „
Tablete:	0,05			tubul	cu 12 tablete

BEVITAMIN HyGEA

Produs de Aneurin, Factorul „B₁”:

Injectii:	0,005/1 cmc.	—	cutia	cu	3 fiole
„	0,005/1	„	—	„	6 „
„	0,025/1	„	—	„	3 „
Tablete:	0,003			tubul	cu 20 tablete

FOLLICULIN HyGEA

Soluție oleioasă de Dihidrofolliculin Benzoic:

Injectii:	10.000 .U. I.	cutia	cu	3 fiole	1 cmc.
„	10.000 .U. I.	„	„	6 „	1 „
„	50.000 .U. I.	„	„	3 „	2 „

FABRICA HYGEA-CLUJ S. A. R. BUCUREȘTI
SPLAIUL UNIRII 27 **TELEFON: 4-22-44**

Administrându-se
concomitent tablete de

Betaxin

(Vitamina B₁)

dozele de insulină
pot fi reduse
în tratamentul diabetului zaharat

Ambalaje originale :

Tuburi cu 10 și 100 tablete de 3 mgr.

» *Bayer* «



Leverkusen

Reprezentanța generală pentru România :

„ROMIGEFA“ S.A.R. București I, Str. Brezoianu 53

Telefon 6.01.80

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXIV

SIBIUL MEDICAL

Anul IX

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICA

Anul VII

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

SUMARUL:

Revistă generală:

Dr. I. Jovin : Progrese și perspective în radioterapia tumorilor Pag. 495

Articole științifice :

Dr. Nicolae Onaca și Dr. Nicolae Manolescu : Ulcerul gastro-duodenal în legătură cu 959 cazuri operate " 501

Dr. Dumitru Căprioară, Dr. Alexandru Chețianu și D-na Dr. Băleanu-Gamber : Acțiunea hormonului masculin asupra aparatului genital feminin " 503

Dr. Traian Petrescu : Ligamento-vaginopexie în histerectomia vaginală pentru prolaps genital " 510

O. Fodor : Considerațiuni clinice asupra regimului sec în tratamentul nefritelor acute " 512

Probleme terapeutice :

Dr. Aurel Botis : Chamomilla în practica ginecologică " 517

Dr. Emil I. Bologa : Vitaminele în terapia bolilor de piele " 518

Medicină de războiu :

Dr. Șt. Gârbea : Afecțiunile auriculare din punct de vedere medico-militar " 524

Cazuri clinice :

Dr. C. Găițulescu : Osteo-Sarcom gigantic al femurului stâng " 527

Medicină socială :

Dr. Od. Apostol : Date statistice asupra Cancerului din România " 528

Dr. Vasile Moțoiu : Problema sănătății servitorilor agricoli din mediul rural " 529

Societăți medicale

Societatea Științelor Medicale din Cluj-Sibiu " 532

Revista cărților :

. " 536

Note și informațiuni :

. " 536

Decrete, - Deciziuni.

M. Kernbach : † Profesorul Radu Olinescu " 537

Indexul materiei " 538

Indexul autorilor " 542



NEOL
ANGINE
ULCERATIUNI



NEOLIDES
CERVICITE
VAGINITE



CODOFORME
TUSE



NEALGYL
DURERI

LABORATOIRES BOTTU PARIS

Reprezentant
pentru România
**LABORATORUL
FARMACEUTIC**



"LUTETIA" S.A.R.
STR. TOAMNEI 103
BUCUREȘTI III
TELEFON 1.38.15

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXIV

SIBIU MEDICAL

Anul IX

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VII

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Revistă generală

Progrese și perspective în radioterapia tumorilor¹⁾

de

Dr. I. Jovin

Conferențiar universitar

Apariția razelor X și gamma în arsenalul nostru terapeutic a însemnat, cum se spune cu o frază devenită loc comun, o veritabilă revoluție. Mulți au crezut că ne apropiem de soluția definitivă în tratamentul cancerului. De atunci febra aceasta entuziastă a scăzut simțitor, mai ales la specialiști. Foarte mulți nespecialiști au rămas însă din literatura din acea epocă cu ideea că radioterapia este un fel de panaceu în cancer, că orice neoplasm de orice localizare, de orice varietate și extindere poate fi tratat cu speranța dacă nu totdeauna de vindecare, cel puțin de oarecare ameliorare. Rezultatul este că primim din provinciile cele mai îndepărtate ale țării cazuri disperate, fără nicio posibilitate de tratament, care ne blochează paturile și ne transformă serviciile în servicii de azil.

De aceea am crezut nimerit să încerc a lămurii caracterul terapiei cu raze, să arăt progresele dar și limitele acestei terapii, cu indicațiile actuale și să arăt în sfârșit perspectivele ei de viitor.

În ce privește caracterul acestei terapii, multă vreme s'a crezut că razele au, pe lângă un efect local și un efect general sau indirect asupra totalității organismului, liberând anumite substanțe: proteine, lipotzi, hormoni. Dar niciunul din cercetătorii care au afirmat acțiunea generală a razelor, nu a putut dovedi în mod îndubitabil rolul substanțelor găsite, incidental în circulație sau țesuturile tumorale, în vindecarea cancerului. Azi partizanii acestei acțiuni generale sunt foarte rari, ceea ce nu dovedește în mod necesar că această concepție ar fi cu totul eronată. O acțiune indirectă există. O dovedește castrația, care survine după iradierii largi

practicate în teleroentgenterapie pe torace, deci foarte departe de zona ovarelor. Putem doar să spunem că rolul acestei acțiuni indirecte este foarte puțin cunoscut în terapia cancerului și că această terapie se bazează azi exclusiv pe acțiunea directă, citolitică cum se spune, a razelor X și gamma.

Experiența ne arată într-adevăr, că pentru a distruge un cancer avem nevoie de o doză destul de ridicată de raze, care variază după varietatea cancerului, și că această doză trebuie administrată local pe tumoare și în așa fel, încât fiecare parcelă a tumorii să primească așa zisa doză letală. Din aceste fapte de experiență clinică s'a născut și s'a adâncit noțiunea de doză omogenă, vulgarizată mai ales de școala lui Regaud.

Pentru a distruge un cancer, se știe, trebuie să distrugem totalitatea celulelor neoplazice. Este suficient ca o celulă să supraviețuiască, pentru ca tumoarea să reapară după un tratament chirurgical sau radiologic în aparență reușit.

Această concepție impune chirurgului o excizie cât mai largă a tumorii, iar radiologului aplicarea unei doze maxime, compatibile cu țesutul sănătos din vecinătatea cancerului. Doza letală, doza cancericidă, doza omogenă, toate aceste noțiuni au căpătat o interpretare mai logică prin teoria fîntei, arătând importanța legii hazardului în radiologie. Despre aceste frumoase cercetări vom vorbi imediat.

Ce înseamnă aceasta în practică? Că orice tumoare trebuie să primească doza maximă de raze. Ori, tumorile extinse, tumorile greu accesibile, ascunse în

¹⁾ Conferință ținută la Reuniunea medicilor din Banat, Mai 1943.

fundul cavităților naturale anfractuase, nu pot primi această doză conștientă fără a leza țesuturile sănătoase, fără a distruge organe importante pentru viață, fără a duce la alterarea stării generale vecină cu cașexia.

Din aceste constatări decurg limitele și indicațiile metodelor radioterapice.

Să vedem pe scurt aceste indicații și să le discutăm pe organe.

Pielea și orificii cutanate.

Este localizarea cea mai accesibilă atât chirurgului, cât și radiologului. Rezultatele ating în consecință cifre ridicate de 85—90% în toate statisticile mari. Dificultățile de care se izbește radiologul se datorează:

1. Formei histologice
2. Extinderii
3. Localizării.

În ce privește forma histologică, deosebit într'un mod foarte general epitelomul pavimentos și epitelomul cilindric.

Epitelomul pavimentos sau malpighian pornit din straturile malpighiene ale pielii, poate fi basocelular, spinocelular sau intermediar îmbrăcând caracterul ambelor forme.

Multă vreme a trecut drept dogmă susținută de Darier că epitelioamele basocelulare sunt radiosensibile, pe când cele spinocelulare ar fi radioresistente. Această opinie bazată mai puțin pe fapte cât mai mult pe considerații teoretice, deduse din legile lui Bergonié și Tribondeau, au suferit o desmințire în practică. Vor fi mici diferențe de sensibilitate între epitelioamele spinocelulare și basocelulare, dar în fața unei doze administrate judicios, cu observarea factorului timp și cu filtrație convenabilă nu rezistă nici epitelomul spinocelular. Ceva mai greu sunt de iradiat rarele epitelioame, care pornesc din glandele pielii și care îmbracă un aspect glandular, în consecință mai diferențiat. Aici se cer doze mari, de obicei incompatibile cu integritatea țesuturilor din vecinătate. Este deci recomandabil prin a coagula leziunile mai mari și a trata numai restul cu radium.

Extinderea tumorii poate fi un obstacol serios în calea vindecării cu raze. Limite precise însă nu pot fi trase aici. Sorții de izbândă depind în parte de localizare și extindere în profunzime. În regiuni cu vecinătăți pur musculoase, fesă, regiune dorsală, regiunea obrazului, putem ataca tumori până la un diametru de 10 cm. Aceeași tumoare localizată pe pielea capului, deasupra oaselor capului, în regiunea masivului facial devine incurabilă. În general se vindecă mai ușor tumorile care cresc extensiv, cu burjoane exofitice decât tumorile care cresc în profunzime, cu ulcerate.

Mai sunt apoi câteva regiuni care scad șansele de vindecare foarte mult. Câtă pielea care acopere re-

giunea cartilagiinoasă a nasului. Odată cartilajul infiltrat, radioterapia nu poate fi de folos și trebuie să recurgem la coagulare extinsă, care duce la rându-l și la mari defecte, din nefericire inevitabile. Unghturile unde se întâlnesc pleoapele prezintă dificultăți destul de mari în calea unei aplicări corecte de radium sau roentgen-terapie, din care cauză șansele sunt scăzute. O leziune în aceste regiuni, măsurând $\frac{1}{2}$ din dimensiunile unei leziuni în regiunea dorsală de pildă, are mai puțin sorți de vindecare.

Ce leziuni vor fi refuzate dela tratament? Leziuni extinse, cu distrugerea parțială a osului subjacent sau infiltrarea lui. Leziunile cu adenopatii, extinse, aderente, mobile, leziunile multiple care depășesc 4—5 localizări, fiind vorba în asemenea cazuri de indivizi atinși de o lipsă totală de apărare, de un fel de anergie canceroasă.

Carcinoamele cutanate colorate, pigmentate, așa numitele nevocarcinoame, sunt reputate ca foarte radioresistente. Scoaterea lor pe cale sângeroasă cu bisturiul duce întradevăr la generalizare foarte des. Această noțiune este astăzi destul de răspândită. Dar ce poate face tratamentul cu raze? Leziuni mai reduse pot fi tratate cu succes definitiv. Rămâne însă totdeauna pericolul unei metastaze ganglionare tardive. În ansamblu, nevocarcinomul cutanat este mult mai malign decât epitelomul nepigmentat. Tratamentul cere doze mari. Odată instalată metastaza ganglionară, vindecarea este excepțională.

Ce poate face în neoplasmale cutanate, radioterapia, în comparație cu alte metode terapeutice, în speță cu metoda chirurgicală? Fără îndoielă mai mult. Epitelioamele de dimensiuni mai mici, singurele curabile prin chirurgie se vindecă într'un procent de 100% fără urmările disgrațioase uneori ale exerezelor. Dar avantajul radioterapiei stă tocmai în obținerea rezultatelor estetice.

Cancerul cavității bucale.

Deosebit:

- cancerul mucoasei jugale
- cancerul mucoasei rebordului alveolar
- cancerul limbii.

La dimensiuni egale, cel mai ușor de vindecat este cancerul mucoasei jugale, apoi al rebordului alveolar și la sfârșit vine cancerul lingual. În cancerul lingual însăși trebuie să deosebim leziunea situată pe marginea limbii și pe fața superioară, înaltea V-ului lingual, care se vindecă relativ ușor, pe când leziunile situate sub limbă sau dincolo de V-ul lingual se vindecă mai greu. Este de o importanță capitală apartenența adenopatiei în cancerul bucal. Atâta vreme cât avem de a face cu un cancer fără adenopatie, chiar voluminos, pronosticul rămâne bun. Adenopatia, chiar discretă, schimbă radical acest pronostic. Tratamentul adenopatiei cervicale este

de domeniul chirurgiei, care trebuie să facă o exereză largă, nu numai a ganglionului mărit, ci a întregii rețele limfatice aferente, sacrificând în acest scop mușchii și glande. Operațiile foarte grea, fără îndolală, în fața căruia chirurgii ezită, dar singură care duce la rezultat pozitiv. Detaliile acestei exereze largi au fost puse la punct de chirurgii Institutului de radium din Paris. Se practică însă din nefericire de prea puțin chirurgii în lume. Directorul Institutului de radium de la Viena mi-a mărturisit că l-a trebuit 10 ani de trudă până să convingă pe eminenții lui colegi chirurgii să practice această exereză largă în adenopatia secundară cervicală.

Excepțional în ganglionii mici și radioterapia poate fi curativă.

Cancer laringean

Cele 25% vindecări care se obțin astăzi prin roentgenterapie în cancerul laringean, constituie o frumoasă victorie a școlii din Paris, unde s'a elaborat așa zisa metodă a lui Coutard. Radioterapia a fost încercată și în cancerul laringean, un cancer destul de frecvent mai ales la bărbați, de la începutul erei roentgenterapice. La acea epocă domnea însă doctrina dozelor cancericide administrată în foarte scurt timp, uneori în 2—3 sedințe. Rezultatul acestor doze masive asupra unui organ extrem de fragil cum este laringele, a fost de cele mai multe ori necroză a părților moi și a cartilajului. În fața acestui dezastru laringologul renumit ca Hajek, Neumann, Marschik au propus de a abandona noua metodă și de a reveni la calea chirurgicală. Prin 1923 și-a început Coutard cu multă răbdare încercările sale de renovare a metodei roentgenterapice, trecând de la dozele masive administrate în timp foarte scurt, la metoda dozelor fracționate și prelungite. Și aici este locul să ne oprim asupra celui mai de seamă progres în radioterapie în ultimii 20 ani, care se cunoaște sub numele de metoda lui Coutard.

Coutard s'a inspirat în elaborarea tehnicii sale din primele lucrări experimentale ale lui Regaud, care a arătat importanța factorului timp. O doză anumită administrată în fracțiuni repartizate pe 50—60 ore, este mai eficientă decât aceeași doză administrată în 5—6 ore. Pe de altă parte, rezistența țesuturilor învechite cu plelea, cartilajul, țesutul conjunctiv, sunt mai puțin sensibile față de aceeași doză administrată în fracțiuni și eșalonată pe un timp mai îndelungat. Descoperirea importanței factorului timp a fost o piatră de hotăr în radioterapie. Metoda Coutard a fost aplicată și pusă la punct tocmai în cancerul laringean, considerat cu câțiva ani înainte ca absolut impropriu pentru tratamentul radiologic.

Cancerul laringelui se împarte, din punct de vedere anatomo-clinic grosso-modo, în două mari grupuri:

Cancerul extrinsec, numit și faringo-laringean, care la naștere de cele mai multe ori pe rețeaua aritenoidică. Primul simptom îl dă turburare la înghițit, în opoziție cu cancerul intrinsec care începe cu turburări de fonatie. Un alt caracteristic al acestor forme este invazia precoce a ganglionilor și tendința mare la extensie în vecinătate. Cancerul extrinsec nu se pretează la extirparea chirurgicală. Rezultatele chirurgicale sunt mediocre. Din nefericire nici rezultatele radiologice nu sunt mai strălucite. În fața unui cancer laringean, care începe cu disfagie vom face un pronostic foarte precaut. Radioterapia nu poate obține decât cel mult un rezultat paliativ.

Cancerul intrinsec este veritabilul cancer laringean, pe când cel extrinsec este contestat ca atare, iar unii autori îl etichetează drept cancer faringeal. Cancerul intrinsec începe cu răgușeală, rămâne multă vreme localizat la cavitatea endo-faringiană și duce foarte târziu, abia în faza finală, la adenopatie. Se subîmparte în: 1. cancerul epiglotic; 2. al corzilor vocale; 3. al benzilor și cavității ventriculare; și 4. subglotic.

Din punct de vedere chirurgical este accesibil și laringotomia dă rezultate frumoase în această formă, ce-l adevărat, cu prețul unei mutilări însemnate. Radioterapia de asemenea ne dă rezultate frumoase, mai ales în cancerul benzilor ventriculare și în cancerul corzilor vocale. Și aici există însă natural o limită. Formele foarte înaintate cu dispnee, cu invazia cartilajelor, cu adenopatiile nu pot fi vindecate cu raze.

Tumori pulmonare

Se vorbește de o creștere a tumorilor pulmonare. După unele statistici (Buschbek) din toate tumorile 28% ar fi pulmonare și pleurale. Merită deci de a fi cunoscute și de a ști mai ales ce se poate obține în tumori cu radioterapia. Separăm în primul rând tumorile care pleacă din parenchimul pulmonar, adică bronchiile, alveolele și țesutul conjunctiv și tumorile care pleacă din ganglionii hilari. Parenchimul dă sarcome (cu celule rotunde, cu celule fusiforme): epitelioame (cilindrice și pavimentoase, probabil prin metaplasie) și endoteliome.

Numai biopsia poate să ne dea răspuns mai precis în ce privește varietatea tumorii, însă ea rar se poate face. Astfel suntem reduși în indicația noastră terapeutică la tatonări în sensul că nu putem ști dinainte dacă ne găsim în fața unui sarcom fusocelular. Deci radiorezistent sau în fața lui sarcom cu celule mici, rotunde, deci radiosensibile, dacă avem în fața noastră un epiteliom cilindric radiorezistent sau epiteliom pavimentos mai radiosensibil? Putem spune în mod global că majoritatea tumorilor pulmonare răspunde favorabil la radioterapie, atâta vreme cât tumoarea este cantonată în plămân și nu avem însămănțări pleurale și

lichid. Supraviețuirile sunt interesante (2—3 ani). În unele cazuri regresivitatea este rapidă. Din nefericire tocmai aceste forme foarte radiosensibile, probabil sarcome, dau naștere la însămănțări osoase precoce. În rezumat cancerul pulmonar trebuie tratat. Se exclude de la tratament formele înaintate cașectice, cu lichid pleural. Vindecări definitive de mai mulți ani, așa cum vedem în alte localizări, nu am obținut în cancerul pulmonar.

Cancerul tractului digestiv

Cancerul esofagului. — Am tratat un număr de 98 cazuri de cancer esofagian, cu rezultate foarte medii. Deși este vorba de un epitelom pavimentos, deci radiosensibil, profunzimea leziunii, așezarea ei pe tractul unui organ cu pereții subțiri face ca nici radioterapia, în aplicări pe căile naturale sau exterioare și nici roentgenterapia să nu dea rezultatele sperate.

Tot ce am putut obține în cazurile mele a fost o ameliorare trecătoare a simptomelor subiective și obiective și supraviețuire în 7 cazuri, variind între 2 și 4 ani.

Mai nou se încearcă în această localizare o nouă metodă roentgenterapică: iradierea rotativă. Bolnavul este așezat pe o platformă turnantă și primește razele pe o poartă de intrare foarte redusă de 6×8 cm. Avantajul metodei este că se utilizează întreaga circumferință a corpului și că se operează cu porți de intrare de dimensiuni reduse, diminuând astfel doza absorbită în volum, deci și fenomenele de intoxicație. Metoda se găsește de abia în studiu și a fost ales cancerul esofagian ca fiind cel mai central și totodată cel mai profund situat.

Un cuvânt despre gastrotomie, o operație de derivație, care devine imperios necesară într-o fază mai înaintată a maladiei, atunci când stenoza este aproape totală.

Executarea gastrotomiei precoce are importanță atât pentru ducerea la bun sfârșit a tratamentului cu raze, cât și pentru a împiedica cașectizarea bolnavilor, atât de frecventă într-o fază mai înaintată a bolii.

Cancerul gastric ocupă un loc foarte important în ceea ce privește frecvența, mai ales la bărbați. Este vorba — din nefericire — în cele mai multe cazuri de un cancer glandular, format din celule epiteliale cilindrice, deci radiorezistente.

Toate tentativele făcute până în prezent cu roentgenterapie, cu radioterapie, cu sau fără fixarea prealabilă a tumorii la peretele abdominal, nu au dus la niciun rezultat. Se cunosc doar câteva cazuri de vindecare prin raze. Noi însă am avut o supraviețuire de 3½ ani într-un caz. În ansamblu însă, rezultatele sunt decepționante.

Aceeași este situația în ce privește cancerul colic.

Cancerul rectal răspunde ceva mai favorabil la radioterapie. S'au pus mari speranțe la început în posibilitățile radioterapice în cancerul rectal, plecând de la ideea că un cancer, care este accesibil degetului sau chiar ochiului prin rectoscoapie, va putea fi vindecat în aceleași bune condiții ca neoplasmul colului uterin. Cum însă în cancerul rectal este vorba de un cancer cilindric, deci radiorezistent, se cer doze foarte importante, pe care mucoasa rectală sănătoasă nu le suportă fără turburări grave, perforații, ulcerații, etc. Nici metodele combinate cu chirurgia, care consistă în desoperirea tumorii și aplicarea de ace radifere pe toată circumferința segmentului rectal atins, nu au dat rezultat. Metoda — numită și metoda lui Neumann și Coryn — nu mai e astăzi decât o amintire. Am văzut mai nou interesante încercări la Berlin, în clinica radiologică a lui Chaoul, de iradiere cu raze X de la foarte mică distanță, cu un tub în formă de creion, construit anume în acest scop (Spitzenanodenrohre). Dozele administrate sunt foarte mari. Cum însă aceste doze enorme, în jurul lui 30.000 r., se repartizează pe un număr foarte mare de ședințe, reacțiile — deși extrem de severe și foarte chinuătoare pentru bolnav — sunt totuși suportabile. Am văzut la examenul de control câteva cazuri vindecate în aparență. În general însă, nu se poate vorbi încă de vindecări regulate, ci de câteva cazuri sporadice. Asemenea vindecări obținem și noi, cu ajutorul radioterapiei intrarectale, combinată cu roentgenterapie, probabil pe epitelioame metaplastice, deci atipice.

Aparat genito-urinar la bărbat

Sunt de semnalat bunele rezultate în **cancerul penisului**. În starea actuală a progresului nostru terapeutic, operația extrem de mutilantă — emasculația — trebuie să rămână o metodă de excepție. Radioterapia, sub formă de roentgenterapie de la mică distanță sau radioterapie, constituie o metodă curativă excelentă, mai ales în cazurile limitate. În cazurile mai extinse, deci inoperabile, rezultatele curative sunt mai puțin bune, mai ales când aceste cazuri se complică cu adenopatii.

Cancerul prostatic nu răspunde favorabil la radioterapie, cu toate încercările făcute cu doze enorme de raze X, cu ace aplicate în grosimea tumorii pe cale transperineală sau transvezicală. Noi avem câteva cazuri de vindecări de peste 5 ani, de cancer prostatic cu diagnostic clinic, fără confirmare histologică. Fenomenele urinare au regresat, tumoarea de asemenea. Diagnosticul clinic a fost făcut de eminenți clinicieni din capitală. Totuși, facem toate rezervele în privința diagnosticului și sfătuim ca ori de câte ori operația este posibilă, ea să fie făcută.

Cancerul vezical, deși un epitelom pavimentos de cele mai multe ori nu a dat rezultate sperate. Dozele mari de roentgenterapie necesare pentru distrugerea neoplasmului ating în atât de mare măsură mucoasa, încât rezultatele devin iluzorii.

Seminomul testicular, tumoare extrem de radiosensibilă, se topește la doze relativ mici de raze X. Din nefericire, cu cât tumoarea este mai radiosensibilă, cu atât puterea ei de expansiune este mai mare. Așa se explică de ce, după dispariția tumorii primitive, apar metastazele la distanță, în cavitatea abdominală și toracică.

Intrebunțăm de câțiva timp, cu rezultate satisfăcătoare, o metodă terapeutică foarte logică în această maladie cu tendință la generalizare: teleroentgenterapia totală. Bolnavul operat sau tratat cu raze pentru tumoarea primitivă, este supus unei iradieri totale, cu iradierea totalității teritoriului limfatic susceptibil de a fi invadat.

Cancerul mamar

Această localizare, care în ordinea frecvenței vine imediat după cancerul uterin, pune o serie de probleme nu numai pentru specialiștii chirurgi și radiologi, ci și pentru marea masă a practicienilor.

Cancerul mamar pleacă din epitelul cilindric al glandei mamare, deci ne vom găsi în fața unui epitelom cilindric în cazurile zise tipice, în fața unui epitelom pavimentos prin metaplasie în cazurile atipice.

Cancerul mamar tipic, adică cel glandular, este radioresistent. Pentru a distruge o asemenea formație canceroasă se cer doze mari, care duc în același timp la distrugerea tuturor țesuturilor sănătoase ale glandei. În schimb, epitelomul atipic al glandei mamare poate fi în anumite împrejurări radiosensibil și am văzut în numeroase cazuri dispariția totală a tumorii după roentgenterapie, dispariție confirmată histologic pe sânul operat.

Chestiunea care se pune este aceea de a ști dacă existența unor cancere mamare radiosensibile justifică ori nu întrebunțarea pe o scară mai largă a radioterapiei în tratamentul acestei localizări? La această întrebare răspundem deocamdată în sens negativ. Pentru noi, în cazurile operabile chirurgia este de preferat, pentru motivul că fără o biopsie prealabilă și mai ales fără un studiu histologic bazat pe material mai important, nu putem ști dinainte care sunt formele radioresistente. De preferat este deci, în toate cazurile operabile, intervenția. Subliniez însă: numai în cazurile operabile, fiindcă imediat ce un cancer mamar a atins un grad de dezvoltare mai mare, cu aderențe în straturile profunde sau ganglionii aderenți, șansele operației scad simțitor. Nu mai vorbim de inutilitatea operației în cazul unei extensii a leziunii la ganglionii supraclavi-

culari. În asemenea cazuri nu rămâne decât resursa radioterapiei, care poate să fie chiar curativă, dacă avem de aface cu o formă histologică atipică și care nu va fi decât paliativă atunci când avem de aface cu forme tipice, adică glandulare.

Aceasta în ceea ce privește tratamentul și indicațiile epitelomului mamar primitiv.

În treacăt amintim, că la București un eminent chirurg cu mare trecut chirurgical, a abandonat operația lui Halsted în cazurile primitive, chiar operabile. Nu practică decât o excizie a masei tumorale și lasă restul în seama radioterapiei. Raționamentul este că numărul recidivelor, chiar după operațiile cele mai radicale și făcute în condițiile cele mai bune, este atât de mare, încât mutilarea produsă nu compensează rezultatele obținute. Am avut ocazia să tratăm un număr destul de important de asemenea cazuri, operate în mod conservativ, parțial. Am avut până acum supraviețuiri de 2 și 3 ani, după cum am avut și eșecuri, adică tumoarea după o pauză s'a dezvoltat mai departe, dând naștere la metastaze și recidive.

În afară de tratamentul cazurilor primitive, chirurgii se străduiesc de multă vreme să găsească o metodă care să susțină în mod eficace actul operator. Actul operator — intradevăr — nu este satisfăcător. Orice chirurg cu oarecare practică cunoaște cazurile foarte incipiente, operate în condiții excelente, care totuși recidivează sau produc metastaze. S'a născut deci ideea de a chema radioterapia în ajutorul chirurgiei, ca o completare a actului operator prin radioterapie.

La prima vedere, nimic mai seducător decât ideea radioterapiei profilactice postoperatorii. Chirurgul operează complet sau incomplet, după posibilități, iar radioterapia distruge cu un minim de efort restul celulelor canceroase. Metoda s'a bucurat de o foarte favorabilă primire încă de acum 25 ani. Din nefericire însă, primele rezultate la acea epocă nu au fost îmbucurătoare: în loc de a sporii cifra supraviețuirilor — metoda a dus în prima fază a aplicării ei la veritabile dezastre, în sensul că majoritatea femeilor tratate cu raze după operație au făcut repede metastaze și recidive. Radioterapia, în loc să tempereze dezvoltarea celulelor canceroase rămase pe loc, părea că dă o lovitură de bătău desvoltării acestor celule.

Chestiunea a ajuns și în discuția congreselor de chirurgie din acea epocă și după debateri aprigi a fost abandonată ideea de a iradia cazurile operate. Abia prin 1930 metoda a fost reabilitată. Între timp, s'au schimbat concepțiile în ce privește tehnica de iradiere a cancerelor și, în loc de doze unei mase, s'a procedat la aplicarea dozelor fracționate, ȧșalonate pe mai multe zile, chiar săptămâni. S'a ameliorat între timp și utilajul tehnic, care a permis o filtrație mai selectivă și în felul acesta s'a văzut că metoda, departe de a da

dezastrele dela început, este susceptibilă de a ameliora în mod cert rezultatele operatorii.

Studiile făcute cu metode statistice extrem de riguroase și material foarte abundent, au arătat că supraviețuirile cu această metodă de completare pot fi urcate cu 5—6%. Cu alte cuvinte, în loc de a avea 30% supraviețuiri de 5 ani după operație, completând operația cu radioterapie, vom putea obține un procent de 35%.

Care va fi atitudinea practicianului consultat în această chestiune? Ideea este atât de controversată și astăzi, încât trebuie să atragem atențiunea că nu toată lumea este convinsă de foloasele radioterapiei postoperatorii în cancerul sânilor. Unii chirurghi o recomandă cu multă căldură; alți chirurghi și practicieni dau sfaturi categorice în sens contrar. Atitudinea noastră în această privință este că, dat fiind procentul de ameliorări destul de mic cu radioterapie de completare, nu constituie nicio greșală profesională dacă omitem iradierea după operație.

Dar ne ridicăm cu toată energia în contra celor, care văd și astăzi încă în radioterapie agentul care dă lovitură de bătăie tumorii. Acest clișeu cu „lovitura de bătăie” ar trebui să dispară definitiv din limbajul nostru medical.

În America s'a născut ideea, tot din partea chirurșilor, de a încerca iradierea preoperatorie. Fundamentul teoretic al concepției este că radioterapia, făcută chiar cu doze mai moderate, duce la leziuni — zone în chromatină care oprește, pentru un timp cel puțin, orice activitate de reproducere. O asemenea celulă atinsă chiar de o doză moderată de raze, și-ar pierde mult din vitalitate și operația s'ar putea face, pe un mediu quasi-asepsizat din punct de vedere celular.

Și noi am încercat această metodă. Am asistat la dispariția tumorilor, verificată histologic, cu multă minuțiozitate în unele cazuri, probabil cu structură histologică atipică, la diminuarea tumorii în alte cazuri. Ne lipsește însă — natural — materialul important și riguros clasat, pentru a ne forma o judecată definitivă.

Recidivele locale ale cancerului mamar, atunci când ele sunt așezate în vecinătatea părților moi, de parte de os, reacționează favorabil la radioterapie. În aceste recidive, radioterapia este incontestabil metoda de ales, deoarece chirurgia este de cele mai multe ori greu acceptată de bolnava operată anterior.

Mai puțin favorabil răspund radioterapiei recidivele așezate în vecinătatea osului sau chiar aderente de os.

Cât privește metastazele generalizate osoase, aici teleroentgenterapia a produs — putem spune — o veritabilă revoluție. Metoda a fost aplicată pentru prima dată în această localizare de Mallet, în 1934, pornind dela ideea că o tumoră cu tendință la generalizare

trebuie tratată cu o metodă de intensitate generală. Rezultatele au fost surprinzătoare. Asistăm în metastaze localizate pe coloana vertebrală cu compresiuni medulare și radiculare la dispariția tuturor simptomelor neurologice în câteva săptămâni, și aceasta în majoritatea cazurilor. Putem spune că aici eșecurile sunt excepții. Ameliorarea este însoțită în majoritatea cazurilor de recalcificarea leziunilor destructive osoase.

Rezultatele — natural — nu sunt definitive. După câteva luni sau câțiva ani — în cel mai favorabil caz al meu după 5 ani — boala își reia mersul, se extinde spre periferie sau invadează oasele învecinate. În orice caz însă, se procură o mare ameliorare într-o formă extrem de dureroasă a cancerului.

În metastazele pleuro-pulmonare, radioterapia este net ineficăce. De asemenea în puținele metastaze cerebrale tratate de noi.

În *cancerul glandei tiroide* se obțin uneori rezultate paliative interesante. Regresivitatea totală a tumorii poate fi durabilă, ceea ce denotă că există varietăți de cancer al glandei tiroide radiosensibile.

Același lucru în ce privește cancerul glandelor salivare, al parotidului mai ales. Chiar și tumoră mixtă a parotidului este susceptibilă de mare regresivitate, ceea ce ușurează câteodată operația ulterioară.

Sunt refractare tratamentului cu raze cancerul renal, cancerul pancreasului și cancerul ficatului.

Cancerul sistemului nervos

Tumorile maligne intracraniene se împart foarte global în:

1. Gliomele, cu punct de plecare din substanța cerebrală și din vasele acestei substanțe.
2. Meningiomele, cu punct de plecare din involușurile creierului.
3. Tumorile hipofizare și ale rămășițelor embrionare din vecinătatea acestei glande.

Fiecare din aceste grupuri răspunde diferit la radioterapie. Înainte de lucrările fundamentale ale școlii de neuro-chirurgi anglo-saxon, se vorbea în mod foarte general de gliome. Azi se cunosc un număr însemnat de varietăți a gliomului, care și ele sunt foarte variat radiosensibile. Meduloblastomul spre exemplu, este radiosensibil; celelalte varietăți, ca osteoblastomul, liodendrogliomul, ependimomul, neuroblastomul, au o radiosensibilitate redusă, unele o radiorezistență totală. O poziție intermediară ocupă atrociomul și neuroepiteliomul.

Ca regulă generală, noi am fixat următoarele:

Toate tumorile cerebrale trebuiesc operate pentru a decomprima creierul, pentru a încerca scoaterea tumorii; și în caz de inoperabilitate, pentru a avea date histologice.

Meningioamele sunt radlorezistente. Totuși ele se iradiază deoarece radioterapia are efect bun asupra hipertensiunii intracranlene.

Indiferent de rezultatul operației, se iradiază toate tumorile, chiar și cele radlorezistente.

Adenoamele hipofizare sunt cromofobe, acidofile și basofile.

Cele acidofile sunt radiosensibile, mai puțin adenoamele cromofile și foarte puțin cele basofile.

(Continuare în numărul viitor).

Articole științifice

Ulcerul gastro-duodenal

în legătură cu 950 cazuri operate

de

Dr. Nicolae Onaca, medic primar chirurg și **Dr. Nicolae Manolescu**, medic secundar

Dela aplicarea pilorectomiei de către Prof. Toma Ionescu în tratamentul operator al ulcerului gastro-duodenal și până azi, chirurgia gastrică a luat un mare avânt în România. Prof. Iacobovici adevăratul părinte al chirurgiei gastrice la noi, a dat un avânt hotărâtor acestei științe prin numărul mare de operațiuni și vasta experiență aplicată în acest domeniu, cât și prin elevii școlii de chirurgie formați sub directivele D-Sale.

Ca elev al acestei școli publice împreună cu secundarul meu, această cazuistică cu scopul de a contribui prin rezultatele obținute la progresul terapeutic chirurgical, al ulcerului gastro-duodenal.

Prof. Iacobovici spune într-o lucrare: „Cine citește în fugă tehnicile chirurgiei gastro-duodenale și cine asistă la astfel de operațiuni, are impresia că nu mai este nimic de adăugat. Dar cel ce vrea să pătrundă această problemă găsește lipsuri și necunoscute”.

Vom descrie cazurile noastre insistând asupra rezultatelor operatorii imediate, rezultate tardive neputând fi cercetate din cauza împrejurărilor actuale.

Timpul în care au fost operate cazurile noastre este dela 1 Mai 1934 până la 1 Iulie 1943, adică 9 ani, și două luni.

În acest timp am operat 950 cazuri de ulcere gastro-duodenale ne perforate; sunt eliminate deci ulcerile gastro-duodenale perforate și peptice pe care le vom descrie într-un articol ulterior.

Raportând numărul cazurilor de ulcere gastro-duodenale față de totalitatea afecțiunilor gastrice operate, constatăm că în 90% din cazuri era vorba de ulcer.

Constatând frecvența ulcerului la cele două sexe, am găsit că în 770 cazuri erau bărbați și în 180 cazuri erau femei. Este aproape același procentaj pe care-l dă Prof. Iacobovici în statisticele D-Sale.

Analizând vârsta bolnavilor vom obține următorul tablou:

dela 10 ani	la 20 ani : 20 cazuri
" 21 "	" 30 " : 156 "
" 31 "	" 40 " : 305 "
" 41 "	" 50 " : 274 "
" 51 "	" 60 " : 155 "
" 61 "	" : 40 "
Total : 950 "	

Ulcerul survine deci mai frecvent la etatea de 30—50 ani, perioada de vîrstă când omul este mai expus atât excesului alimentar, cât și folosirii condimentelor, alcoolului, grăsimilor, care toate favorizează formarea ulcerului. Ulcerul se formează la toate păturile sociale, mai frecvent îl observăm la țărani, ei neputând să urmeze regim alimentar sufăr mai mult și cer mai des intervenția chirurgicală, decât intelectualii care au posibilitatea să țină un regim îndelungat.

Ulcerul după Prof. Iacobovici se localizează pe duoden urmând apoi mica curbură. Pe cazurile noastre am constatat ulcerul duodenal în 562 cazuri, ulcerul gastric în 328 cazuri și ulcerul gastro-duodenal (dublu) în 59 cazuri.

Ulcerul gastro-duodenal este asociat foarte des cu leziuni ale organelor de vecinătate; astfel am constatat leziuni din partea veziculei biliare, în aceste cazuri am făcut prima dată extirparea veziculei biliare, urmată de rezecție de stomac. Cea mai frecventă leziune de vecinătate găsită însă a fost leziunea pancreasului. Asupra acestui leziuni a insistat foarte mult Prof. Iacobovici, atribuindu-i un rol important în vindecarea post-operatorie a ulcerului. Această leziune am constatat-o mai frecvent în ulcerul duodenal, uneori capul pancreatic este hipertrofiat tumoral mai ales în ulcerul celei de a doua porțiuni a duodenului. Leziuni grave pancreatice am constatat în numeroase ulcere localizate pe mica curbură a stomacului și care erau penetrante în pancreas. Ul-

cerul avea fundul escavat în corpul pancreasului, iar pancreasul avea corpul sclerosat, hipertrofiat.

La rezecția acestui stomac fundul ulcerului l'am cauterizat cu sol. de acid fenic, toate aceste cazuri fiind drenate cu meșă iodoformată. Într'un caz de ulcer al marelui curbură situat spre fornică am constatat o penetrare a ulcerului în pediculul splenic, din această cauză ulcerul n'a fost descoperit la prima operație, făcută într'un spital din provincie. Repetându-se melenă și vărsăturile abundente de sânge, am intervenit și am găsit ulcerul situat sus și penetrant în pediculul splenic ceea ce a dat și hematemezele grave pe care le avea bolnavul. După rezecția subtotală bolnavul s'a vindecat. Leziuni importante găsim la nivelul mucoasei și pereților gastrici pe care Orator și Moskowlcz a tratat-o de gastrită și duodenită secundară ulcerului. În urma acestei inflamațiuni mucoasa gastrică și duodenală devine roșatică, tumefiată în mod difuz sau în insule, pilurile mucoase sunt hipertrofiate, foarte des am observat mici eroziuni care pot merge până la formarea de ulcere multiple superficiale (gastrită ulceroasă). Toate aceste leziuni sunt mai accentuate în partea antrală a stomacului și pe părțile învecinate ei.

Diagnosticul odată pus se intervine fără să spălăm stomacul în prealabil. Credem că spălarea de stomac mai ales în ulcerile fără retențiune nu are niciun rol, decât doar că traumatizăm bolnavul.

Pe cele 950 de cazuri de ulcer gastro-duodenal operate nu am avut nicăieri infecție peritoneală sau a plămânilor. Nu purgăm niciun bolnav înainte de operație.

Anestezia folosită a fost anestezia locală, completată cu infiltrația micului epiploon cu sol. 1% novocaină. Înainte cu o oră de operație se administrează bolnavului 2 c. c. morfină care o repetăm la urcarea bolnavului pe masa de operație.

Cazurile operate cu anestezie locală sunt sculate de pe masa de operație, părăsind sala de operație pe picioare.

Această metodă am aplicat-o în toate cazurile și mi-a dat un foarte bun rezultat. În puținele cazuri unde am aplicat anestezia generală am folosit eterul.

Metoda operativă pe care am aplicat-o variază de la caz la caz și depinde de leziunea găsită după deschiderea cavității abdominale.

N'am folosit niciun aparat special de sutură nici termocauterul.

Din cele 950 cazuri, am aplicat rezecția de stomac în 618 cazuri, iar gastro-entero-anastomoza în 332 cazuri. Anastomoza am aplicat-o în cazurile unde bolnavul a fost în etate mai înaintată de 60 ani unde starea generală a bolnavului nu a permis aplicarea unui tratament mai mare și în cazurile unde din cauza leziunilor locale din jurul ulcerului acesta n'a putut să fie rezecat.

În rezecția de stomac, anastomoza gastro-duodenală o facem după închiderea parțială a secțiunii gastrice, după metoda lui Hofmeister-Finsterer. Sutura o facem în două straturi, primul strat sero-muscular, cu fire de mătase întrerupte, al doilea strat muco-mucos cu fir continuu de catgut.

Complicațiunile post-operatorii: a) Mortalitatea. La numărul de 618 rezecții am avut 4 cazuri mortale deci procentul de mortalitate a fost de — 0,60%. La numărul de 332 cazuri de gastro-entero-anastomoză n'am avut niciun caz mortal; b) Hematemeze post operatorii: am avut trei cazuri; dintre acestea unul s'a produs la 4 ore după operație cu sânge pur ne-coagulat. Cazul a fost scăpat prin re-intervenție. După laparotomie am evidențiat gura de anastomoză, am desfăcut gura, pe perețele anterioare am găsit vasul sângerând situat pe mijlocul buzel posterioare a gurei, am făcut hemostaza, am închis gura cavității abdominale și după administrarea de ser fiziologic bolnava s'a refăcut, părăsind spitalul a zecea zi complet vindecată.

Tratamentul post-operator aplicat constă din plimbarea bolnavului încă din prima zi. Cred că acest fapt pot să atribute lipsa complicațiilor pulmonare, care mai înainte erau destul de frecvente. Nu am aplicat niciodată evacuare stomacului cu sondă dupe operație.

Dintre complicațiile tardive cea mai importantă este ulcerul peptic. Pe cazurile noastre de gastro-entero-anastomoză, l'am observat în 12 cazuri, aceasta nu înseamnă că nu s'a produs la mai multe cazuri, care probabil s'au internat în alte spitale.

Aplicarea rezecției în ulcerul gastro-duodenal este azi admisă de toți chirurșii. Nu rare ori suntem puși în fața unor cazuri de ulcere pozitive la examenul radiologic și negative pe masa de operații.

Sunt bolnavi suferinzi de gastrită dureroasă, care nu cedează la tratamentul medical și dietetic. Noi am avut ocazia să operăm un bolnav care suferea de mai mulți ani de dureri gastrice și fenomene de ulcer gastric, recalcitrante față de orice tratament medical, pentru care s'a internat în spital. Diagnosticul preoperator a fost de ulcer gastric.

Pe masa de operație constatăm un stomac puțin dilatat, pereții stomacului erau foarte îngroșați, hipertrofici în jurul micului curbură, ganglionii din micul epiploon măritați. Pentru a modifica chimismul gastric am făcut gastro-entero-anastomoză. Bolnavul se simte bine 3-4 luni după care revine cu dureri și mai mari, care nu cedează la niciun tratament. Evacuarea stomacului este normală, radiologic nu se constată nici un ulcer peptic, intervenim din nou examinând gura de anastomoză, aceasta nu prezintă semne de ulcer. Pereții stomacului sunt îngroșați. Decidem pentru rezecția pilorului și al corpului gastric, lăsând pe loc gura de anastomoză. După operație bolnavul se simte bine, durerile dispar.

LIPOCORTEN

Extract total de cortex suprarenal

Indicat în :

*Insuficiența suprarenală subacută și cronică
Sindroamele și bolile endocrine însoțite de
insuficiență suprarenală*

Sindroamele de epuizare nervoasă și musculară

Sindroamele de deficit trofic și de asimilație

Sindromul neuro-psychic depresiv

Intoxicațiile alimentare

Azotemia

Oliguria extra-renală

Vărsăturile de sarcină

•

Intoxicațiile anestezice

Șocul traumatic

Șocul post-operator

Oliguria și azotemia post-operatorie

În pregătirea pre-operatorie

ambalaje à 5 și 10 fiole

LABORATORUL CRINOTERAPIC

Reprezentanța Generală

COOPERATIVA „UZINELE SANITARE PAULESCU-GEROTA-SUMULEANU”

București, Calea Griviței Nr. 67 - Telefon 4.98.08

Asociația nouă de cărbune

CARBOWANDER TABLETE

Cărbune vegetal
Sulf
Senna
Choleinat de sodiu
Atropină metilbrom
Uleiuri eterice

Absorbant — Desinfectant intestinal — Laxativ
cu efect antispasmodic și colagog

Menajează ficatul în afecțiunile tubului digestiv grație efectului său colagog

In Insomnie, Nervozitate, Nevralgii

CEREBROSAN SIROP

Calciu
Valeriană
Barbiturice
Brom
Analgezină

Sedativ: de trei ori pe zi câte 1—2 lingurițe

Hipnotic: 1 lingură înainte de culcare.

Desinfectant și recalcifiant pulmonar în tuberculoză, gripă, bronchite

SIROCALCIN „SAPIC“

SIROCALCIN CU EFEDRINĂ

SIROP CU GUST PLĂCUT

Mostre și literatură trimite la cerere:

Dr. WANDER S. A.

Fabrică de produse farmaceutice și dietetice

București II, Bul. Bucureștii-Noi, 90

Aplicarea gastro-entero-anastomozel în gastritele diagnosticate pe masa de operație în locul ulcerului diagnosticat de internist și radiolog preoperator, este dăunătoare și produce o agravare a fenomenelor.

Acești bolnavi ajung să colinde toate spitalele și nu pot să scape de suferința lor, din cauza că radiologic cât și clinic nu prezintă nimic ce ar putea să le explice durerile.

Unii autori susțin că acești bolnavi după gastro-entero-anastomoză ar suferi de așa numită „boala anastomotică”.

Pentru tratamentul ei unii chirurghi au aplicat operația de „degastro-entero-anastomoză” operație, care nu este admisă de Prof. Iacobovici și elevii lui.

Un astfel de caz a fost prezentat de Dr. Țovaru la societatea de chirurgie din București. Bolnavul prezentat ca vindecăt a continuat să sufere și a fost operat a treia oară de un alt chirurg, care l-a făcut rezecție de stomac după care bolnavul s-a vindecat. Iată deci dovadă încă odată că în cazurile de gastrită cronică, unde durerile care nu cedează la tratamentul medical se impune a fi radical, aplicând rezecția de stomac.

Operația de degastro-entero-anastomoză este sortită să cadă în desuetudine, din cauză că nu dă nici un rezultat.

Rezultatele bune obținute în ulcerul gastro-duodenal prin rezecția de stomac a făcut pe unii chirurghi să susțină rezecția de stomac ca unica metodă terapeutică operatorie a ulcerului.

După cum rezultă din statistica noastră, am aplicat G. E. A. într-o treime din cazuri, cu rezultate care nu sunt descurajatoare, având în decurs de 9 ani numai 18 cazuri de ulcere peptice, ceea ce denotă că operația de G. E. A. bine făcută dă rezultate bune și ulcere peptice în procent mic.

În încheiere în baza experienței câștigată pe numărul de 950 cazuri de ulcere gastro-duodenale operate ne menținem pe linia de conduită trasată de Prof.

Iacobovici, adică de a aplica rezecția de stomac în toate cazurile de ulcere gastro-duodenale, unde lezunea, cât și starea bolnavului, permit aplicarea acestei operațiuni.

În gastritele cronice dureroase suntem pentru aplicarea de rezecții eliminând G. E. A., care produce o agravare a simptomelor în loc de vindecare. Gastro-entero-anastomoză o aplicăm în cazurile grave care nu suportă rezecția cu rezultate multumitoare atât imediate, cât și tardive.

RESUMÉ

L'ulcère gastro-duodénal en liaison avec 950 cas opérés

Les auteurs ont eut l'occasion de traiter par, voie chirurgicale 950 cas d'ulcère gastro-duodénal pendant 1934-1943 dans l'hôpital Sighişoara. D'après le sex: 770 hommes 180 femmes, le plus souvent entre 30-50 ans. Dans 562 cas a été un ulcère duodénal, dans 328 cas ulcère gastrique, dans 59 cas ulcère double. Dans 618 cas on a exécuté la résection de l'estomac avec 4 morts (0,60%), dans 332 cas on a fait la gastro-entéro-anastomose sans aucun cas mortel. Les auteurs sont d'avis qu'on doit appliquer la résection de l'estomac dans tous les cas d'ulcère gastro-duodénal où la lésion et l'état général du malade permettent l'application de cette opération.

ZUSAMMENFASSUNG

950 operierte Fälle von gastro-duodenalem Ulcus

Die Autoren hatten im Verlauf von 9 Jahren (1934-1943) im Staatsspital Sighişoara Gelegenheit 950 Fälle von gastro-duodenalem Ulcus chirurgisch zu behandeln, darunter 770 Männer und 180 Frauen meistens zwischen 30-50 Jahren. In 562 Fällen fand sich ein Duodenalulcus, in 328 Fällen ein Ulcus gastricum, in 59 Fällen waren doppelte Ulcera. In 618 Fällen wurde eine Magenresektion ausgeführt mit 4 Todesfällen (0,60%), in 332 Fällen eine Gastroenterostomie ohne einen Todesfall. Die Autoren sind der Meinung dass die Magenresektion in allen Fällen von gastro-duodenalem Ulcus zu empfehlen ist, in welchen die Erkrankung sowie der Zustand des Kranken diese Operation gestatten.

Acțiunea hormonului masculin asupra aparatului genital feminin

(Date clinice și de laborator)

de

Dr. Dumitru Căprioară și

Dr. Alexandru Chețianu,
D-na Dr. Băleanu-Gamber

S'a atribuit hormonului sexual masculin, acțiune, asemănătoare corpului galben, asupra aparatului genital feminin și în special asupra ovarelor, având, ca și acesta, efect luteinizant și de frânare asupra aparatului follicular.

Zuckermann (1937) a demonstrat, experimental, că testosteronul oprește pentru câtva timp orice activitate ovariană ca, ovulație, luteinizare.

Experiențele lui Cotte, Martin și Mankiewicz¹⁾ fă-

¹⁾ R. Fr. d. Gyn. et d'Obst. 1941, p. 41.

cute pe iepuroalcele mature cu injecții de proplonate de testosteron, au demonstrat oprirea maturității foliculare.

Moricard și Saulnier¹⁾ (1940) combat clinic cu testosteron în doză de 100 mgr. turburările neuro-vegetative la femeile castrate, precum și hemoragiile uterine funcționale ale climactericelor.

Tot clinic și cu doze deasupra lui 400 mgr. Gauzales, obține la fete o dezvoltare accentuată a aparatului genital și apariția semnelor de pubertate.

Același autor, prin injecții de hormon sexual masculin, obține rezultate foarte satisfăcătoare în cazurile de: infantilism, hipogonitalism, turburări de castrație, amenoree și în mastodonii. Trebuie să notăm însă că, el (*Gauzales*²⁾) întrebunțează preparatele sintetice ale acestui hormon și acțiunea acestora este similară hormonului feminin.

Nu trebuie să se confunde noțiunea de hormon masculin, — care cuprinde o serie întreagă de substanțe chimice diferențiate, cu acțiune diferită la bărbat și la femeie și încadrate în grupa sinteticelor, — cu extractele adevărate de hormon masculin sau adevărații hormoni masculini, ca: androsteronul, testosteronul, dehidroandrosteronul și androsterandiolul, identificați toți din urina bărbatului de către *Butenandt*, *Ruzicka*, *Laquer* etc.

Produsii, hormonal masculini au o constituție chimică asemănătoare foliulinel, fac trecerea de la hormonul masculin la cel feminin și acționează asupra ambelor sexe (*Bomskov*).³⁾

Așa se explică efectele lor (*Gauzales*)⁴⁾ în turburări pe bază de insuficiență foliculară ca, infantilism, amenoree etc.

La fel, *Traiana*, *Rao* și *De Palo*,⁵⁾ obțin cu proplonate de testosteron, oestrusul, deci modificări asemănătoare foliulinel, atât la nivelul tractului genital, cât și la nivelul mamelei. Ei cred că, probabil, în organismul animalului tratat cu acest produs se produce transformarea hormonului masculin în cel feminin.

Procesul nu este exclus, având în vedere experiențele care au dovedit că, simpla schimbare a mediului fizic, favorizează transformarea unui hormon în celălalt opus lui și anume: greșele de ovar implantate pe urechea unui șoarece castrat, produce la temperatura de sub 22° hormon sexual masculin, iar deasupra lui 22°, hormon sexual feminin.

La animale adulte același autori obțin cu hormoni masculini, inhibiția oestrusului, exercitând o acțiune inhib-

itoare asupra ovarului recte, asupra aparatului foliular și producând o veritabilă lutelinizare (rezultate asemănătoare lui *Zuckermann*, *Cotte*, *Martin* și *Mankiewicz*).

Asupra uterului produce o hipertrofie a endometriului.

Asupra glandei mamare în secreție, *Zambelli*,¹⁾ a produs la cobai în mod experimental cu proplonate de testosteron, o veritabilă inhibiție a secreției lactate, tradusă histologic prin regresivitatea epiteliului alveolar și o proliferare a țesutului interstițial.

Același lucru îl obțin și *Cotte*, *Martin*, *Milloff*, *Kurzok* și *O'Connel* la femei în timpul lactației.

Toate aceste date experimentale și clinice își au o bază explicativă, în natura chimică a hormonilor sexuali, care toți, sunt derivați ai steroizilor înrudiți cu colesterolul și făcând, deci, parte din grupa steroizilor. Așa se explică sinergismul fiziologic interhormonal între foliulină și hormonii sexuali masculini. Administrații simultane, acțiunea lor se potențiază și decurge paralel, urmând același sens. Efectul specific al hormonului masculin se potențiază, prin administrarea în același timp al hormonului feminin. Mai mult, veziculele seminale la șobolanii castrați, se refac sub acțiunea hormonului masculin, numai dacă administrăm și hormon feminin, primul acționând asupra epiteliului, iar cel de al doilea asupra țesutului muscular.

Cu doze mari de hormon masculin, producem la femeile castrate efectul hormonului foliular și invers cu foliulină în doză mare, producem la bărbați, efectul hormonului masculin.

Există totuși, o deosebire între acțiunea celor doi hormoni, și anume: Hormonul feminin influențează foarte puțin tractul genital masculin, pe când, hormonul masculin, produce schimbări mari în aparatul sexual feminin. Aparatul genital feminin prezintă deci ori o sensibilitate mărită ori o specificitate micșorată.

Dacă, considerăm o origine bisexuală a hormonilor sexuali dacă, avem în vedere considerentele de ordin experimental și fiziologic al acțiunii lor, în sensul că, administrând un hormon opus sexului, în organismul primitor se produce un efect antagonist, inhibitor asupra funcțiunii hormonului specific al hipofizei (fenomenul de anulație biologică!) — atunci admitem tratamentul hormonal încrucișat, care, n'ar constitui o violare biologică fiindcă s'a dovedit experimental și clinic că: organismul feminin suportă foarte bine doze mari de hormon masculin și invers, bărbatul suportă la fel doze exagerate de hormon foliular. Micile inconveniente menționate și anume: o diminuare ușoară a potenței sexuale la bărbat, sub efectul hormonului feminin, o ușoară turgescență a glandei mamare (ginecomastie), o stare de liniște eunucoidă sunt efecte pasajere și

¹⁾ R. Fr. d. Gyn. et d'Obst. 1940 Nr. 1—2.

²⁾ La Gynecologie, Mai 1939. (Ref. R. Fr. d. Gyn. et d'Obst. 1940. Nr. 1—2, pag. 37.

³⁾ Methodik der Hormonforschung. Georg Thieme, Leipzig 1939 zw. B.

⁴⁾ Op. cit., pag. 41.

⁵⁾ R. Fr. d. Gyn. et d'Obst. 1940, pag. 38.

¹⁾ Ibid., pag. 41.

dispar odată cu încetarea tratamentului, sau cu administrarea hormonului masculin.

La femel hormonul masculin produce o ușoară masculinizare, care constă în creșterea prepușului, în o ușoară hipertricoză. Aceste fenomene apar după un tratament mai îndelungat cu hormon masculin și se observă, în laborator, la animalele infantile, iar în clinică, la femeile mai tinere.

De aceea Winkler¹ recomandă ca să fim cu oarecare rezervă, la instituirea unei terapii hormonale încrucișate, și să le aplicăm numai la femeile care sunt în stare de insuficiență hormonală și anume la turburările hemoragice funcționale de climacteriu. El își bazează convingerea pe rezultatul experiențelor făcute de el, pe iepuroalce mature cărora le-a administrat testosteron în doze corespunzătoare greutatei lor, doze cunoscute ca eficiente la femel și anume 1 miligram repartizat pe 15 zile (cantitate ce corespunde la femel la 40 mgr.) și la care a obținut modificări morfologice în ovar constatate dintr-o atrezie foliculară, cu diminuarea foliștilor primordiale și dintr-o hipertrofie interstițială, precum și din creșterea concomitentă în greutate, a ovarului.

Acelaș rezultat s'a obținut și cu doze mai mari. Nu s'a observat o alterare morfologică ovulară. Aceste modificări nu s'au compensat în decurs de 4 luni.

Tot Winkler a dovedit că, după o doză de 12,5 respective 25 mgr. animalele au respins masculul și au rămas sterile. Numărul mic de animale care au conceput, au suferit între timp moartea intrauterină a conceptului, sau diminuarea considerabilă a acestuia.

De aceea, după el, hormonoterapia paradoxă nu este lipsită de pericol, putând avea ca urmare turburări grave hormonale și influență nefastă asupra funcțiunii germinative. Deci, în ginecologie să o administrăm acolo unde, excludem dela început procrearea. De altfel, în toată terapia hormonală, se recomandă, să nu se aplice această terapie asupra organismelor în creștere.

Hormonoterapia masculină s'a administrat, de altfel, în perioada de stingere a funcțiunii genitale și anume, în turburări funcționale ale menopauzei, iar înafara acestora în cazurile de hiperfoliștilism, ca în mastodonii premenstruale, în crizele de ovulație, în metroragiile fibromatoase, sau în cazurile unde intenționăm o sterilizare biologică.

Astfel au făcut clinicienții dela începutul acestei terapii și la fel am procedat și noi în clinică.

S'a luat drept termen de comparație acțiunea corpului galben și a extractului mamar, ca fiind asemănătoare acțiunii hormonului masculin.

Aplicația clinică datează dela 1924 de când Pierra și Jauve au întrebunțat în stările de hiper- și hipo-

ovarilor sau în hiper- și hipoginezii un extract proteic al glandei masculine denumit de el androstină, și având o acțiune heterologă.

Mai târziu, în urma experiențelor și a cunoștințelor bibliografice, se atribuie hormonilor sexuali masculini o acțiune frenatoare asupra hormonilor feminini, similare corpului galben, hormonului posterior al hipofizei și extractului de glandă mamară; acțiunea acestuia din urmă făcându-o cunoscut în tratamentul congestiilor intermenstruale, Pierra în 1929 cu ocazia congresului al IV. al Asociației Gynecologice, ținut la Bruxelles.

S'a întrebunțat hormonul masculin, de către Pierra în crizele de ovulație, dar fără efect, spune el. A administrat injecții de 3—4 doze à 10 mgr. de prolonat de testosteron fie în zilele ce preceda menstruația, fie în ziua a 9—13-a a ciclului; apoi, în congestiile mamare premenstruale în doze de 10 mgr. administrate dela ziua 11—15 a ciclului tot a doua zi în număr de 5—6.

Alci a avut rezultate eclatante. A plecat dela demonstrațiile clinice cari susțineau că dozele mari de foliștilă produc reacțiuni mamare, ce pot, duce la adenom, (deci tot cu scopul de a contracara acțiunea foliștilinei).

În fibroame uterine a administrat doze de 4×10 mgr. — 5×40 mgr. = 200 mgr. administrate între a 11-a—20-a zi a ciclului menstrual tot la 2 zile, ca și la mastodonii. Rezultatele au fost satisfăcătoare. Se oprește rapid, menoragia se sistează durerile menstruale chiar după prima injecție.

În comparație cu corpul galben, cu extractul de glandă mamară și cu lobul posterior al hipofizei, testosteronul a dat rezultate nule față de acestea: în crizele de ovulație și puseurile congestive intermenstruale, rezultatele briante obținându-le alci, totdeauna, extractele de glandă mamară. La fel cu hormonul corpului galben, hormonul masculin nu trebuie să figureze în indicațiile crizei de ovulație.

În mastopatiile cronice, în congestiile mamare premenstruale ca și în toate mastopatiile de altă natură, efectul testosteronului depășește pe cel al corpului galben, fiind tratamentul indicat și cel de ales în toate mastopatiile, cu excepția neoplasmelor maligne.

În fibroame s'a întrebunțat de mult, prin obișnuință, extractul de glandă mamară asociat corpului galben, apoi s'a revenit la corpul galben fiindcă acesta inhibează foarte bine hemoragiile fibromatoase oprind și prevenind în același timp, metroragiile abundente și lungi accompagnate de chlaguri. El acționează asupra aparatului folicular inhibându-l, însă nu are nici o acțiune asupra tumorii. Spre deosebire de corpul galben, testosteronul are o acțiune netă asupra tumorii, oprind dezvoltarea ei, ba chiar regresând-o.

Față de tratamentul chirurgical și radiologic, hormonul masculin acționează nu numai păstrând intactă integritatea funcțională a ovarului, ci chiar, o restabilesc.

¹ Ztb. f. Gyn. 1942. Jg. 66, H. 29. s. 1138—1145.

Ca la mastopatii, hormonul masculin, constituie la femeile sub 40 de ani, tratamentul de ales, în fibroamele de dimensiuni mici sau mijlocii.

Față de cele publicate și mai sus expuse, noi menționăm că, am întrebunțat cu efect bun hormonoterapia masculină în mai toate afecțiunile enunțate de *Pierră* cu excepția principiului că, la noi, terapia a fost dirijată, pe considerente de analize științifice de laborator, a proceselor care stau la baza producerii acestor turburări. Am analizat cauza și am tratat conform identificării ei. După titlul hormonului cauzal, dozam efectul încretului, cu acțiune opusă de neutralizare.

Astăzi nu se poate admite o terapie hormonală științifică și rațional condusă, fără o prealabilă analiză hormonală și o dozare terapeutică precisă, conform lipsei hormonale găsite.

De aceea, nu putem generaliza ci trebuie și în terapia hormonală să individualizăm. Au fost cazuri când prescripția unui singur hormon ne-a dat efectul terapeutic dorit, după cum au fost și alte cazuri unde numai succesul mai multor hormoni cu acțiune similară, (uneori antagonică) bazați pe principiul terapiei hormonale încrucișate) ne-a adus vindecarea.

În ceea ce privește acțiunea hormonului masculin ca frenator al celui feminin trebuie să menționăm că, am avut și cazuri unde întrebunțarea, numai, alor 2—3 sau chiar 4 feluri de hormoni cu acțiune similară, completați chiar de efectele terapeutice înafara lor ca, Röntgenterapie și raclarea mucoasei uterine considerată și aceasta ca agent cauzal al bolii, a putut să ne dea vindecarea completă.

Vol reda mai jos trei din cazurile clinice tratate, care, mi se par mai demonstrative pentru cele susținute mai sus:

I-ul caz este al unei bolnave în vârstă de 38 ani, căsătorită, casnică, fără copii și fără nici un avort. Antecedentele personale și heredo-colaterale fără nici o importanță pentru afecțiunea de care suferă. Menstruația apare mai întâi la 14 ani, se succede la 4 săptămâni, durează 3—4 zile, cantitativ destul de abundentă, fără dureri. De șase luni însă menstruația vine tot la 2 săptămâni, ține 7—10 zile, este foarte abundentă ca hemoragie, încât o slăbește și o anemiează mult. În același timp prezintă și dureri. În ultima vreme din cauză anemiei secundare instalate bolnava acuză cefalee, vertijii, turburări de vedere, lipotimii, dureri precordice, valuri de căldură, astenie nervozitate etc. Cu aceste fenomene accentuate intră în Clinica Gynecologică Cluj-Sibiu, unde i se constată din p. d. vedere gynecologic, un uter fibromatos de mărimea unui pumn. Stă câteva zile în clinică, fiind tratată cu stiptice și tonice generale. Se pune indicația operației, dar bolnava simțindu-se mai bine, hemoragia încetând, refuză intervenția, părăsind serviciul nostru cu o stare generală relativ, bună.

Această bolnavă a fost tratată anterior internării ei în clinică de către noi, timp de 3 luni, cu corp galben administrat în doze crescânde de 2—5—10 mgr. după intensitatea evoluției boalei sub formă de injecții, cu 5—10 și chiar cu 14 zile înaintea menstruației.

Examenul genital arăta la început, un uter fibromatos de mărimea unui cap de făt, cu ușor infiltrat periuterin. Tratamentul a mai fost combinat cu stiptice, în timpul metroragiilor și cu calciu în intermenstru.

Văzând că la început sunt oarecari ameliorări, bolnava întrerupe tratamentul cât timp se simte mai bine, și-l reia numai atunci, când se simte din nou rău, având metroragii abundente. Astfel am intensificat tratamentul, ca dozaj, cu corp galben, dar ne mai obținând niciun rezultat, am trecut apoi la un tratament cu hormon masculin, în doze de 5 mgr. la început și în doze de 10 mgr. mai apoi, administrat zilnic cu 5 zile înaintea menstruației și chiar în timpul menstruației timp de 2 luni. În cazul acesta rezultatul a fost mai mulțumitor, bolnava având o perioadă de liniște, cu distanțarea menstruației timp de vreo 2—3 luni, după care simțindu-se din nou rău și ne mai având posibilitate să-și cumpere medicamentele indicate, se internează în clinică, unde i se constată cele mai sus menționate.

De remarcat că, față de examenul anterior, acesta din urmă, arăta o regresivitate a uterului, probabil în urma acțiunii hormonului masculin.

Al II-lea caz este al unei femei în vârstă de 43 de ani, cu pierderi neregulate de sânge în timpul și în afara menstruației. Avea deci de vreo 2—3 ani metro și menoragii abundente. Este nulipară, nuligestă, (la fel cu precedentă). Este în tratamentul unui specialist la Brașov, care încearcă mai întâi un tratament cu corp galben, fără niciun efect, însă. Face, apoi, o analiză hormonală la noi, constatându-se o hiperfolliculinurie. Continuă tratamentul cu corp galben și-i face în plus un raclaj de probă analizat la Institutul de Anatomie Patologică de pe lângă Facultatea de Medicină Cluj-Sibiu, fără să i se constate, ceva neoplazic, decât o hiperplazie a mucoasei (*metropatie hemoragică*). Apărând din nou metroragia și menoragia i se face o iradiere a ovarelor cu raze Röntgen, urmat de tratament hormonal cu corp galben, urmat și acesta de un nou raclaj de probă și apoi de o nouă iradiere cu raze Röntgen, determinat fiind de starea persistentă rea și de o metroragie abundentă și continuă a bolnavei.

În aceasta stare disperată este adusă la noi, unde i se instituie o terapie combinată cu hormon masculin sub formă de injecție în doză 10 mgr. și epifizo-hormon, 10 doze din fiecare. Aceasta terapie a avut ca efect sistarea pierderilor de sânge. Bolnava este vindecată stând și astăzi sub observația medicală a unei rude de-a ei la Brașov.

Al III-lea caz, este o femeie căsătorită în vârstă de 43 ani, cu antecedentele personale și heredo-colaterale fără nicio importanță. Menarha la 14 ani. Menstruația survenind la 2—3 luni și ținând 10 zile. Nulipara, nuligestă.

De 15 zile, dela ultima menstruație, pierde sânge în cantitate mare, și are dureri în hipogastriu. A urmat tratament cu stiptice și uterotone fără niciun efect. Intră în clinică și se constată la examenul genital: uterul în anteverisie flexie dextropozite, mare, neregulat, fibromatos, inapoia lui un infiltrat cât un cap de făt, pe alocurea fluctuent. Temperatura este între 39,9 (cea mai mare) și 38° (cea mai mică).

Se instituie un tratament cu calciu și a doua-patra zi dela internare, hormon masculin în doze progresive dela 5—10 mgr. zilnic câte 1—2 doze timp de 16 zile, combinat în ultimul timp cu extracte de glandă mamară.

Temperatura scade a III-a zi și metroragia a XX-a zi. Se face un raclaj de probă și se constată o formațiune polipoasă supra infectată.

La toate aceste trei cazuri: se remarcă ca notă comună sterilitatea, Disfuncțiunea endocrină: hiperfolli-

culinismul a împledecat fecundația și poate că, tot el să stea la baza genezei fibromatozel uterine?!

Tratamentul a fost combinat succesiv cu mai mulți hormoni cu acțiune similară. În ultimul caz hormonul masculin a avut și o acțiune antiinfecțioasă, cunoscută hormonilor sexuali.

Concluzia:

Hormonul masculin este un agent terapeutic eficace în grupa hormonoterapiei sexuale cu efect opus hormonului feminin. Acțiunea lui frenatorie se traduce prin via hipofiza, — inhibând și luteinizând aparatul follicular în ovar și refăcând faza de secreție în uter.

Pentru a elucidă acest mecanism intim hormonal, încă dela Cluj, am întreprins, la ideea d-lui Prof. Dr. Grigoriu, în laboratorul clinic, o serie de experimente pe animale, în special pe iepuroaica matură, injectând hormon masculin, în doze de 5 mgr. parte subcutan, parte intratubar, — legând capetele tubel pe o distanță de 2—3 cm. La intervale de 1—2—3—4 săptămâni făceam laparotomie și constatăm o mărire de volum din partea trompelor și a coarnelor uterine, precum și din partea uterului și a ovarelor, fără ten-

Iepuroaica Nr. 15.

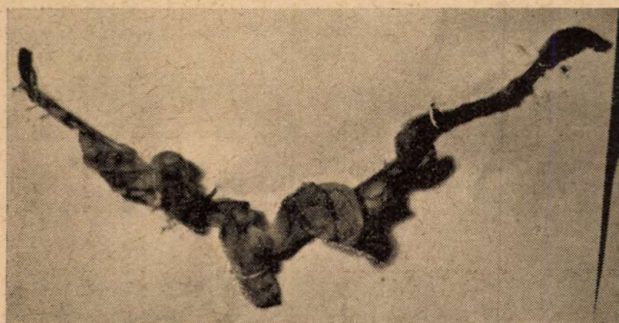


Fig. 1.

Inj. cu ol. Sesam. (Intratub.) 2 cc. op. la 20 zile.

Uter, trompă și ovar, (iep. Nr. 15), extirpate la 20 zile dela inj. ol. Sesam. steril, intratubar 2 cc. — Nu se văd modificări importante în comparație cu cele ale pieselor tratate cu hormon masculin.

Iepuroaica Nr. 10.

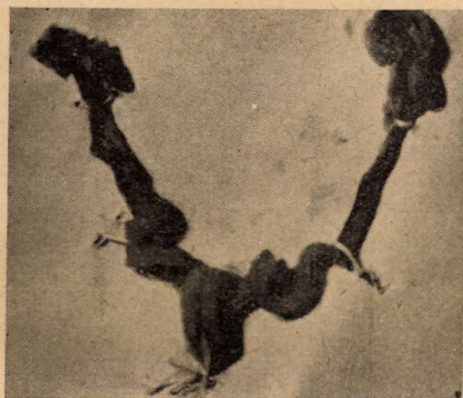


Fig. 2.

Inj. intratubar cu ol. parafină 2 cc. op. după 20 zile.

dința de regresare și mergând progresiv cu durata de acțiune a hormonului în timp. Conținutul trompel era lichid.

Iepuroaica Nr. 11.

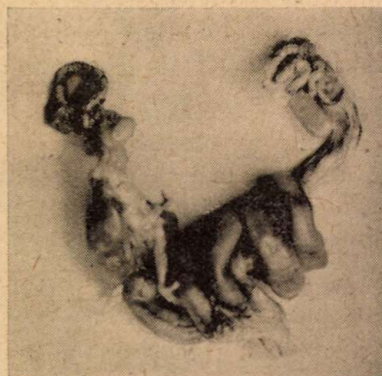


Fig. 3.

Iepuroaica Nr. 7.

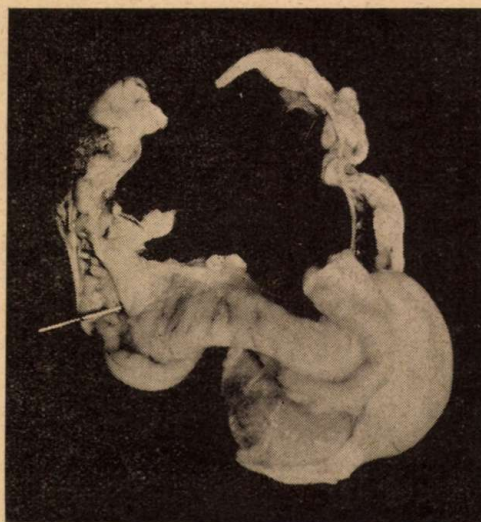


Fig. 4.

Iepuroaica Nr. 5.

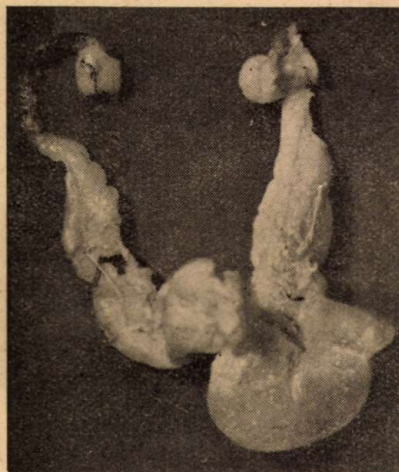


Fig. 5.

Ovar, trompă, uter dela (iepuroaica Nr. 11), operată la 8 zile dela inj. cu sterandryl. 5 mgr. intratubar. — Se văd macroscopic trompele dilatate, sinuoase în secțiune cu conținut lichid, ovarele microscopic nu prezintă foliculi maturi).

Uter, trompe și ovar op. (iep. Nr. 7), extirpate la 10 zile după injecția cu ancrhan 2 cc. intratubar. Se văd trompele dilatate, păretele lor îngroșat, colecție de lichid intratubar.

Ovar, trompe, uter, dela (iepuroaica Nr. 4), extirpate la 10 zile dela inj. 2 cc. sterandryl. 5 mgr. intratubar.

Se vede macroscopic dilatarea trompelor în special cea dreaptă, în secțiune, pline cu o secreție lichidă. Ovarile la fel mărite.

Examenul histologic arată o diminuare a numărului de foliuli primordiali, o degenerescență luteinizantă a lor, o hiperplazie a țesutului interstițial și o atrofiie a foliulilor, fără putința de a ajunge la maturare. El a fost făcut la Institutul de Anatomie Patologică, de pe lângă Facultatea de Medicină Cluj-Sibiu, de către D-șoara Dr. Dachnoviciu, căreia și pe această cale îi aducem mulțumirile noastre.

Spre deosebire de Winkler noi nu găsim nici un foliul De Graff, ajuns la maturare. Uterul, trompele și ovarele sunt mult mărite de volum, cu pereții subțiați (la trompe) datorită tensiunii lichidului ce conțin.

Experiențele explică acțiunea luteinizantă și inhibitoare, foliculară a hormonului masculin și justifică aplicarea lui terapeutică în cazurile unde vrem să frânăm excesul acțiunii foliculinelor.

Ele mai justifică incapacitatea de resorbție a epitelului tubar, hiperactivitatea lui în produs de transudat colectat în lumenul trompel, și acțiunea la distanță, a hormonului blocat aici, asupra ovarului.

Rezultatul histologic al ovarelor, uterului și trompelor recoltate de la iepuroaicele mature injectate, intratubar și subcutan cu hormon masculin, conform datelor explicate în text la discuția experiențelor, este următorul:

În secțiunile din ovar se observă la suprafață un epiteliu, iar în corticală se văd foliculi de diferite mărimi, unii din acești foliculi prezintă epiteliu turtit, iar în lumen se găsește o substanță cu caracter albuminos. *Degenerescență chistică foliculară.* În ovar se mai găsesc și corpi galbeni, iar țesutul interstițial este ușor hiperplaziat. Vasele capilare sunt dilatate și pline cu sânge. Ovarul din partea opusă este mai mărit, prin comparație, foliculii sunt în număr foarte mare, mai mulți din foliculi, prezintă în interiorul lor o substanță mucoasă, lipsind ovulul; câțiva din ei prezintă o dilatare elastică; epiteliul este foarte turtit, iar în lumen se vede o cantitate de substanță albuminoasă. Interstițiul în unele locuri prezintă o sclerozare.

Degenerescență micro-chistică a ovarului. În secțiune la nivelul trompei se vede o hiperemie foarte pronunțată a vaselor capilare și o fibrozare a țesutului conjunctiv. La seroasă se observă o infiltrație abundentă de celule rotunde și o hiperemie vasculară. Uterul prezintă o sclerozare a mucoasei în unele părți cu reducerea numărului glandelor uterine. În musculatură se observă oarecare hiperemie vasculară. ss. Dr. Dachnoviciu. —

Redăm mai jos micro-fotografia secțiunilor făcute din ovare, trompă și uter, de la animalele tratate cu hormoni masculini și a căror expunere a fost făcută mai sus.

Bibliografie

1. Bomskov: Methodik der Hormonforschung. Georg Thieme (Verlag). Leipzig 1939, 200 B.
2. Cotte, Martini, Mankiewicz: La Gynécologie 1939 Mai.
3. Gauseles: R. Fr. d. Gyn. et d'Obst. 1941, pg 41.
4. Maxratschov: Die Sexualhormone als Heilmittel Inneren Krankheiten. 1942. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart. p. 9. 10.
5. Mavromati: R. de Obst. Gyn. 1940, Nr. 1. R. Științelor Med, Nr. 5—6, 1943.

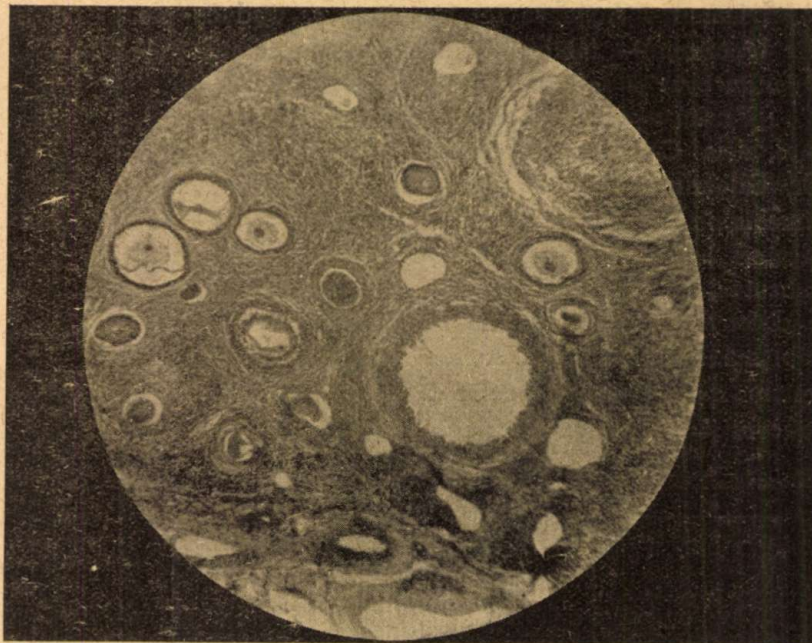


Fig. 6.

Secțiune microscopică din ovar, a fig. 5, redată macroscopic, piesă recoltată de la o iepuroaică tratată cu hormon masculin. (Explicația în text și la fig. 5).

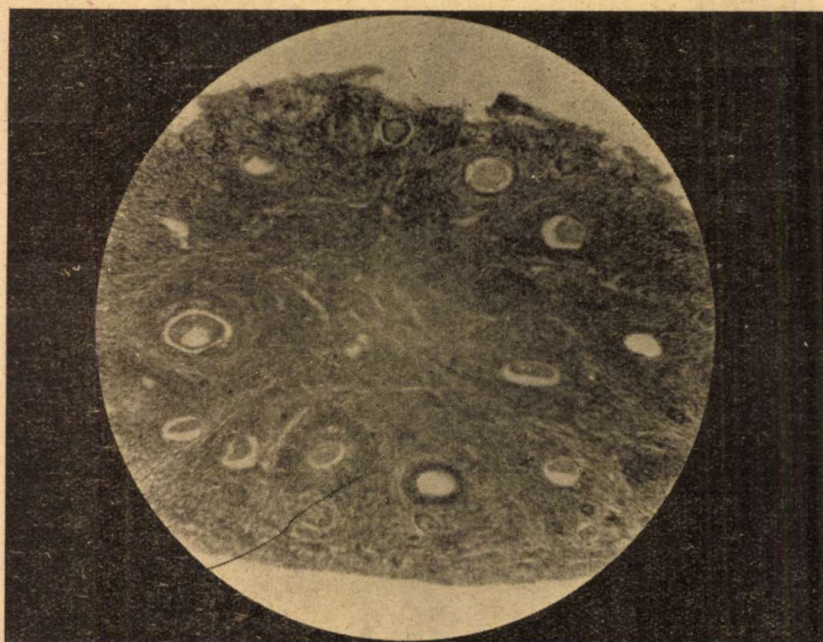


Fig. 7.

Microfotografie din ovar, a fig. 3 redată macroscopic, recoltată de la o iepuroaică, tratată cu hormon masculin. (Explicația în text și la fig. 3).

Fig. 8.

Microfotografie din uter, redată macroscopic la fig. 5, piesă recoltată dela o iepuroaică tratată cu hormon masculin. (Explicația în text și la fig. 5).

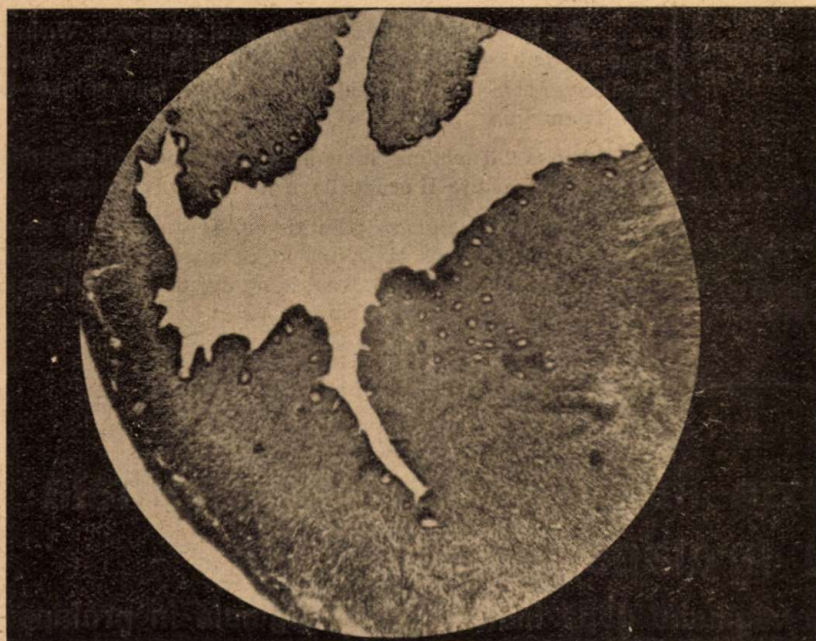
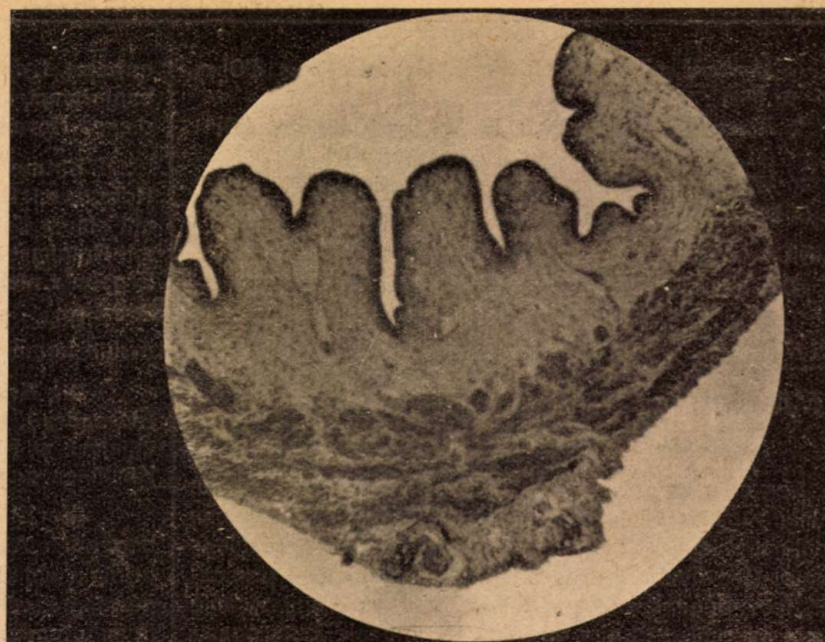
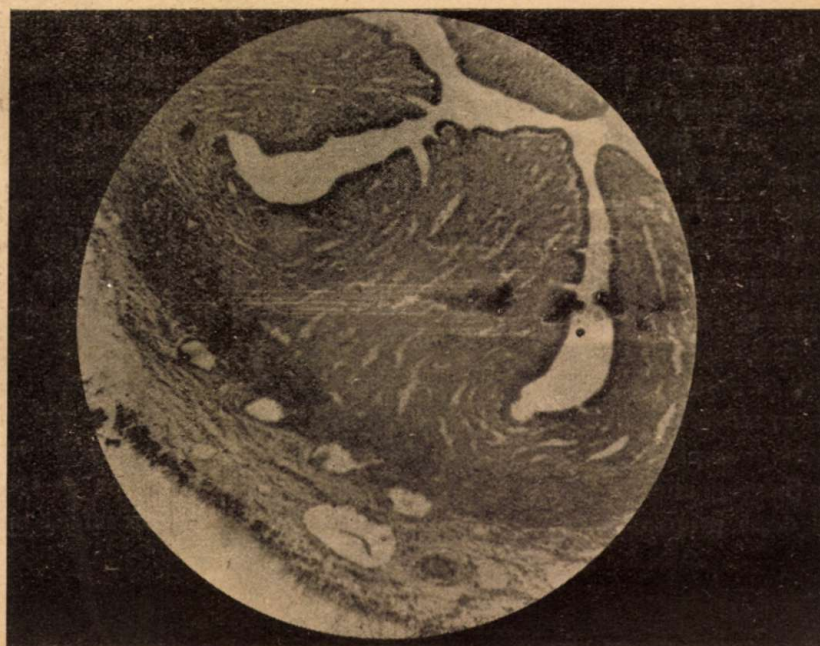


Fig. 9.

Secțiunea în trompă, microfotografie a piesei recoltată dela o iepuroaică tratată cu hormon masculin. Macroscopia este redată la fig. 4. (Explicația în text și la fig. 4).

Fig. 10.

Secțiune în trompă, piesă recoltată dela o iepuroaică, tratată cu homon masculin. Macroscopia piesei este redată la fig. 3. (Explicația în text și la fig. 3).



6. Moricard și Saulnier: R. Fr. de Gynécologie et d'Obst., Nr. 1-2, 1940.

7. Kurzsook și O'Connel: R. Fr. de Gynécologie et d'Obst. 1941, pg. 41.

8. Winkler: „Zeitschrift für Ärtztl. Forsch. Jg. 39. Nr. 23, 1942. S. 514.

CLINICA GYNECOLOGICĂ ȘI OBSTETRICALĂ CLUJ-SIBIU

Director: Prof. Dr. Cristea Grigoriu

RESUMÉ

L'Action de l'hormon masculin sur l'appareil génital féminin

Les auteurs ont fait des expériences sur des lapines mûres, en injectant intratubaire et sous-cutané des hormones masculines en doses variables. Ils ont obtenu les résultats suivants: Une diminution du nombre des follicules primordiaux, leur dégénérescence lutéinisante, une hyperplasie du tissu interstitiel et une atrophie du follicule sans possibilité d'arriver à la maturité.

Ils ont administré dans la clinique, l'hormon masculin dans les cas d'utérus fibromateux, dans les métropathies hémorrhagiques préclimatériques et dans les métrorrhagies à étiologie infectieuse et ils ont obtenu de bons résultats.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Wirkung des männlichen Geschlechtshormons auf den weiblichen Genitalapparat

Die Autoren beschreiben zuerst die Wirkung des männlichen Geschlechtshormons auf den weiblichen Genital-

apparat, indem sie eine zusammenfassende Darstellung der experimentellen Forschungen und der klinischen Anwendung dieses Hormons seitens verschiedener Verfasser geben.

Es werden 3 klinische Fälle geboten, wo sie dieses Hormon mit Erfolg anwandten, sei es allein, sei es kombiniert mit einem Extrakt der Mammæ, des Corpus luteum oder mit Epiphysenhormon, mit welchen jedoch das gewünschte Ergebnis nicht erreicht wurde.

Diese Fälle waren heftige, präklimakterische Metro-pathia hæmorrhagica oder Uterusfibrom.

Die Erfahrungen mit diesem Hormon (Anertan oder Sterandryl), in adäquaten Dosen intratubar oder subkutan injiziert, wurden von den Verfassern an geschlechtsreifen Hästinnen gemacht.

Die Eileiter wurden vergrößert, wie aus den beiliegenden Abbildungen ersichtlich ist. Ihre Anschwellung erfolgte auf Grund einer Übersekretion der Drüsen, hervorgerufen durch eine Ansammlung von Transsudat in ihrem Lumen und durch eine sehr gesteigerte Hyperämie der Kapillaren. Die Eileiter waren segmentär unterbunden, und die Injektion wurde in dieses unterbundene Segment gemacht.

Bei den Eierstöcken zeigte sich folgende Wirkung: Eine Lutetisierung und an manchen Stellen eine Tendenz zur Degenerierung der Follikel mit einer Hyperplasie des Bindegewebes.

Die Gebärmutter-schleimhaut wurde partiell sklerotisch verändert und die Uterusdrüsen wurden verkleinert.

Im Allgemeinen zeigten diese Versuche ausser der lokalen Wirkung des Hormons in dem abgeschnürten Teil des Eileiters auch eine Fernwirkung auf den Genitalapparat (Eierstock, Gebärmutter usw.).

Ligamento-vaginopexie în histerectomia vaginală pentru prolaps genital

— Un procedeu personal de fixarea vaginului după histerectomie vaginală în prolaps —

de

Dr. Traian Petrescu, medic primar.

Tratamentul operator al prolapsului genital este cel mai discutat în toată chirurgia ginecologică și a dat naștere la o mulțime de metode și procedee, tocmai pentru că nici una nu-l infallibilă, fiind mereu susceptibilă de ameliorări.

Nu se poate vorbi în tratamentul chirurgical al prolapsului de un procedeu care este mai bun și trebuie acceptat și executat totdeauna. Chirurgul trebuie să fie experimentat atât în procedeele abdominale, cât și vaginale, să aibă experiența mai multor procedee pe care le va executa dela caz la caz după felul clinic al prolapsului și după propria sa experiență în materie.

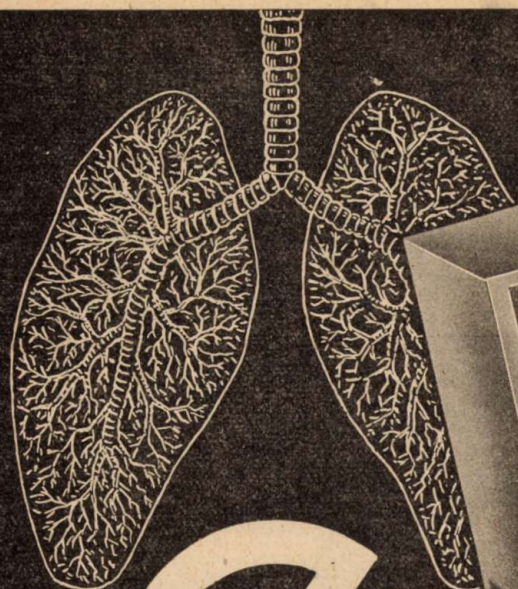
Subsemnatul în această boală m'am condus în general după principiile anatomice, care au dus la o te-

raple operatorie, căutând să restabilească integritatea anatomică, mărginindu-se la histeropexie pe cale abdominală completată cu colpoperineorafie, cu miorafia ridicătorilor completată la nevoie și de corporafia anterioară și amputarea colului.

În anumite cazuri de prolaps total la femei în vârstă am executat colpectomie parțială și chiar totală.

Metodele de mai sus au fost bune și mi-au dat de multe ori rezultate bune, executându-le și în prezent dela caz la caz. Se întâmplă însă că în anumite cazuri de uteruri cu metrite cronice, uteruri mari, congestionate, în parte fibromatoase, la femei trecute de menopauză, după ce le-am operat respectând integritatea anatomică, au suferit mai departe de leziunile uterine, care în mare

B. ADES.



INTRAMUSCULAR · INTRAVENOS
GLUCONAT DE CALCIU....5%
LEVULINAT DE CALCIU....5%
CLORHYDR. DE CHOLINĂ 0,50%
FIOLE a 5 și 10 cc.
Laboratoarele „GAMMA”

UGMARA „Gamma“

Frieșune lichidă

Antireumatic — Analgetic — Revulsiv



Reprezentanța pentru România: „S. I. F.” s. a. r. București IV, Str. Avram Iancu 32

LEUKOTROPIN

**Antiflogistic
Analgetic
Antipiretic**

mai ales indicat în toate

sindromele reumatismale

artrite acute

inflamații ale mucoaselor

Forme de prezentare:

intravenos:

Cutii cu 2 fiole de 10 cmc.

Cutii cu 5 fiole de 10 cmc.

intramuscular:

Cutii cu 5 fiole de 10 cmc.

ATMOS-GESELLSCHAFT FRITZSCHING & CO.

(vorm. Silten-Gesellschaft)

MANNHEIM-WALDHOF

Reprezentant pentru România:

Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.

parte au compromis rezultatele operatorii. (Dureri, nevralgie, leucoree, tulburări nervoase, etc.)

Deoarece histerectomia în caz de prolaps a fost și este mult criticată de unii ginecologi, pe motiv că suprimând istmul uterului, care este chela de boltă unde converg elementele de susținere ale sistemului genital și deci există o tendință de prolaps vaginal și după operație neavând o metodă bună pentru fixarea vaginului, s'au încercat diferite metode de pexie a bontului vaginal pe cale abdominală unde se poate fixa la perete (Seguen), la ligamentele largi (Jacobs). Grasses îl fixează pe cale abdominală la ligamentele largi și rotunde. După histerectomia vaginală Quénu fixa cele două ligamente largi unul de altul, Mayo le fixează eversându-le sub bășică, Doyen leagă în masă după histerectomie vaginală prin hemiseccțiune ligamentele largi între ele. Fritsch și Pozzi după histerectomie fac colpectomie parțială sau totală.

Subsemnatul, deși mulți ginecologi, între cari Stoekel, susțin că histerectomiile vaginale predispun la embolii, pentru a evita turburările în anumite cazuri de prolaps total, care decurg din leziunile cronice existente ale uterului și anexelor, mi-am propus a încerca totuși la femelle în vârstă histerectomia pe cale vaginală, imaginând un procedeu derivat din cel al lui Grasses, pe care-l întrebunțează pe cale abdominală, modificându-l și adaptându-l la pexia vaginului pe cale vaginală, dându-mi bune rezultate urmărite, fiind și ușor de executat.

Descrierea tehnicei

După anestezie rachidiană sau anestezie locală cu infiltrație în parametre când prima este contraindicată, se procedează la histerectomia după tehnica lui Martius până la ligatura pediculului ovarian și a ligamentului rotund după luxația uterului prin incizia peritoneului vezico-uterin. În timp ce Martius prinde într-o singură ligatură pediculul ovarian și cel al ligamentului rotund, eu pun două ligaturi, una pe inserția ligamentului rotund pe care-l liberez cu cât mai mult mezu și fixez firul de o pensă. Leg aparte și secționez pediculul ovarian împreună cu resturile ligamentului larg, pe care de asemenea îl fixez într-o pensă spre a controla hemostaza. Se procedează la fel de partea opusă, după care uterul ne mai având nicio legătură, se extirpă cu anexe cu tot. După extirparea uterului fixez bonturile ligamentului larg și a pediculului ovarian împreună în unghiul vaginului, rămânând astfel extraperitoneale.

În caz că nu este suficientă ștofă vaginală, se decolează vaginul anterior și posterior în partea superioară, pe o distanță de 1½ cm. Se prinde marginea posterioară cu o pensă și se transfixează cu bisturiul în două părți la o distanță de 2 cm, una de alta, se introduce

pensa prin breșa astfel făcută și se apucă cele două ligamente rotunde eliberate. Dacă au fost bine eliberate manevra este ușoară și fără dificultate. Se fac apoi alte două breșe la aceeași distanță pe peretele anterior al vaginului, introducându-se cu pensa ligamentele eslate din peretele posterior, fixându-se între ele pe fața anterioară a vaginului. Imediat ce s'a terminat aceasta, vaginul și peritoneul se închid automat fără a se mai pune vreun fir pe tranșă. Se completează apoi operațiunea printr-o colpoperineorafie largă cu miorafia ridicătorilor.

Rezumând descrierea de mai sus, procedeul constă în aceea că cele două ligamente rotunde liberate pe o distanță suficientă după extirparea uterului sunt trecute prin cei doi pereți ai vaginului din înapoi înainte unde sunt fixate pe fața anterioară între ele.

Deși poate după descriere ar părea complicat, procedeul este însă foarte ușor de executat, având următoarele avantaje:

1. Remediază susținerea insuficientă a domului vaginal, care prin procedeele cunoscute și care sunt totuși utilizate și în acest procedeu, era susținut numai lateral.
2. Face tracțiunea deodată asupra celor doi pereți ai vaginului pe care-i acelează unul de altul.
3. Tracțiunea se face înainte spre pubis păstrând înclinarea anatomică normală, făcând astfel ca presiunea abdominală să se facă nu pe domul vaginal și pe peretele posterior pe care-l împinge mai mult spre simfiză.
4. Este fiziologic, permițând bășicii să se destindă prin elasticitatea ligamentelor.
5. Suprimă un timp al operației acela al suturii peritoneului și al vaginului, care se închid ermetic dela sine prin tracțiunea celor două ligamente.

Revenind asupra histerectomiei vaginale, în cazuri de prolaps total tehnica este foarte simplă și foarte puțin traumatizantă când chirurgical are antrenamentul acestel căl.

Nu am avut niciodată nicio embolie sau alte complicațiuni, fiind surprins de benignitatea mersului post-operator.

Completate cu pexia domului vaginal prin procedeul descris mai sus și printr-o colpoperineorafie cu miorafia ridicătorilor nu mai prezintă pericolul recidivei prin prolapsul vaginului. Suprimă la femelle trecute de menopauză un uter bolnav, ulcerat, cauze de turburări îndelungate și serloase, completând astfel succesul operației. Cred deci din modesta mea experiență că este o metodă bună care poate fi încercată și de alți chirurghi și care aplicată în cazuri unde alte metode conservatoare nu au șanse de reușită poate da rezultate bune și definitive.

RESUMÉ

Ligamento-vaginopexie dans l'hystérectomie vaginale pour le prolapsus

Un procédé personnel pour la fixation du vagin après l'hystérectomie vaginale dans le prolapsus génital.

L'auteur communique une technique personnelle de fixation du vagin avec les ligaments ronds et insiste sur l'avantage de l'hystérectomie vaginale dans les prolapsus génitaux compliqués des lésions utérines chez les femmes âgées.

ZUSAMMENFASSUNG

Ligamento-Vaginopexie nach vaginaler Hysterektomie bei Prolaps

Ein persönliches Verfahren für die Fixation der Scheide nach Hysterektomie per vaginam wegen Prolaps.

Verfasser erörtert die Vorteile der vaginalen Hysterektomie in Fällen von totalen Prolaps, kompliziert mit Uterusverletzungen bei alten Frauen und teilt ein persönliches Verfahren mit für die Fixation des Scheidengewölbes durch die Ligamenta rotunda.

Considerațiuni clinice asupra regimului sec în tratamentul nefritelor acute

de

O. Fodor

Prognosticul în nefritele acute depinde în cea mai mare măsură de instituirea precoce a unui tratament corespunzător. Tratamentul energic și bine condus, înlătură eventualele accidente din faza acută și perspectivele sumbre a unei evoluții subacute sau cronice. El trebuie să fie precoce, pentru că fiecare zi pierdută agravează prognosticul. În general trebuie să se tînde la obținerea unei vindecări complete, indiferent de etiologia suferinței renale. Efectele tratamentului sunt imediate, fiind controlabile prin procedee clinice și de laborator, făcând posibilă din primele zile judecarea procedurii terapeutice întrebunțat. Trecerea unei nefrite acute într-o formă subacută sau cronică se observă foarte rar dacă respectăm cu strictețe actualele procedee terapeutice, cu deosebire tratamentul recomandat de Volhard și Eppinger, care este orientat după considerațiunile patogenice verificate experimental. O condiție esențială pentru reușita acestui tratament este ca bolnavul să urmeze cu strictețe prescripțiunile date.

Principiul care domină tratamentul este reducerea clorurei de sodiu și a lichidelor din alimentație. El a fost stabilit de Widal, von Noorden și Strauss. Tratamentul cu lapte al lui Karell nu satisface aceste necesități, pentru că cele 2 kgr. de lapte din 24 ore, cu conținut de 4—5 gr. sare nu corespund desideratelor impuse de tratamentul actual. În tratamentul lui Volhard și Eppinger conduita stabilită de Widal, von Noorden etc., este adaptată și pusă de acord cu turburările survenite în afecțiunile duble renale. Concepția nouă în acest tratament se datorește mai cu seamă lui Volhard și școalei lui. Principiul stabilit de el este că tratamentul trebuie să aibă în vedere procesul patogenetic, care în nefrită acută difuză este o *turburare de irigație a ri-*

nichilor de natură pur funcțională. Această turburare de irigație este numai un fenomen parțial din starea generală de contactură vasculară din această boală. După Eppinger în nefrita acută avem o îmbolnăvire generală a capilarelor urmată de o extravazare de albumine, apă și sare în țesuturi, deci nu numai o permeabilitate mărită a glomerulilor, ci o adevărată albuminurie în țesuturi. Sarre și Sostmann au dovedit experimental această permeabilitate mărită a capilarelor.

Starea de contractură generală vasculară se instalează foarte repede, chiar înainte de a apare fenomenele urinare, iar din punct de vedere clinic se traduce prin hipertensiunea arterială, care în faza acută poate pune în pericol inima, iar prelungirea acestor stări poate duce din starea pur funcțională la leziuni anatomice definitive, ireparabile. Scopul prim al tratamentului trebuie să fie deci înlăturarea acestei contracturi vasculare și astfel diminuarea hipertensiunii arteriale. Scăderea hipertensiunii este concomitentă cu începerea unei diureze bune, cu ruperea barajului funcțional. Eliminarea hipertensiunii trebuie să se facă cât mai rapid, pentru ca această stare funcțională să nu dureze prea mult, pentru a evita — după concepția lui Volhard — turburările ischemice de lungă durată ale glomerulilor, și astfel modificările anatomice definitive la acest nivel.

Obținerea acestui efect este posibilă în primul rând printr-o conduită igienico-dietetică corespunzătoare. Nici tratamentul medicamentos însă nu trebuie neglijat. Prima condiție este ca bolnavul să fie ținut la pat cu cea mai mare strictețe la un regim alimentar cu reducerea completă a clorurei de sodiu din alimente, cât și a lichidelor. Acest tratament este cunoscut sub numirea de *regim alimentar sec*, cu reducerea până la 200—300 gr.

a apel și eliminarea completă din alimentație a clorurii de sodiu. Oricare ar fi regimul alimentar aplicat, nu trebuie să pierdem din vedere că în nefritele acute avem și o suferință a inimii, tratamentul cardiac fiind un admirabil adjuvant.

În ultimul timp am avut ocazie să observăm în Clinica I. Medicală un număr destul de mare de nefrite acute. În toate cazurile am aplicat regimul alimentar sec, combinat cu *Wasserstoss-ul* (W) lui Volhard. Am respectat aplicarea din clinica lui Eppinger cu unele modificări. Și anume, între zilele de regim sec și W, am intercalat 2 zile mai puțin severe în privința administrării lichidelor, iar în zilele regimului sec evitarea ingerării de lichide a fost maximă posibilă. Eppinger recomandă regim sec permițând 200—300 gr. lichide, complet desalbinat și declorurat, interzise: sarea, băuturile, carnea, ouăle, brânză, peștele și condimentele prea picante, permise: pâine fără sare, grăsimi, aluaturi, 100 gr. fructe, legume. Pentru a scoate apa din legume, recomandă ca acestea să fie prăjite în unt sau unt de lemn fără sare.

Conduita noastră a fost următoarea: bolnavul a fost ținut cu cea mai mare strictețe la pat. Lichidele s'au exclus complet, iar ca alimentație s'au administrat numai cartofi și mere tălate în felii și prăjite în unt fără sare. Din acestea s'au administrat bolnavului după dorință. Dintre toate legumele și fructele care se pot pregăti în acest fel, am ajuns la constatarea că singurele pe care le tolerează bolnavii mai multe zile sunt numai cartofii și merele, celelalte refuzându-le din cauza lipsei lor de gust. Unora dintre bolnavii s'a mai administrat și suplimente de unt fără sare. Pâine nu s'a admis. Acest regim a fost administrat timp de 5 zile, toți bolnavii suportându-l fără niciun inconvenient. Pentru calmarea setei am permis în unele cazuri sucul unei lămâi pe zi. Setea nu a fost un element prea supărător pentru bolnavi, mai ales pentru cei cu edeme mai pronunțate. Respectarea acestui regim alimentar fiind hotărâtoare pentru soarta întregului tratament, este necesar ca să se facă în prealabil educația bolnavului, pentru a-l convinge de necesitatea respectării lui. Credem că acest element este de o importanță capitală în toată reușita terapeutică. Regimul alimentar este aplicabil și în clinica cea mai săracă, de asemenea și în instituțiile spitalești, care nu au o bucătărie dietetică organizată.

În ce privește tratamentul medicamentos, după ce în prima zi s'a făcut o emisie de sânge (200—300 cmc.) care uneori am repetat-o într-una din zilele următoare, s'au administrat zilnic injecții cu soluție hipertonică (40%) de glucoză, câte 40—60 cmc. apoi clorură de calciu cu efect bun diuretic și ipotenzivant după care s'a observat scăderea tensiunii arteriale. De asemenea am mai administrat vitamină C, cunoscută fiind acțiunea ei anti-

infecțioasă, hemostatică și de scădere a permeabilității vasculare.

Asupra necesității tratamentului cardiotonic părerile sunt unanime. Strofantina este preferabilă digitalei din cauza proprietăților ei farmacodinamice, mai ales că în nefritele acute este pericol de insuficiență acută a cordului stg. Eppinger spune că uneori strofantina singură este capabilă să producă o diureză ridicată cu o eliminare accentuată de clorură de sodiu. Administrarea strofantinei este necesară nu numai pentru evitarea pericolului de insuficiență a cordului stg., din cauza instalării rapide a hipertensiunii arteriale, ci și pentru pregătire a W-ului. În primele 4 zile am administrat câte 1/8 mlgr., în următoarele două câte 1/4 mlgr.

Efectul tratamentului descris mai sus este de multe ori într-adevăr miraculos. Fenomenele subiective se ameliorează rapid, din primele zile. Dispneea dispare repede, cefaleea de asemenea, senzația de tensiune craniană scade. De asemenea paloarea tegumentelor și fenomenele bronșice dispar în câteva zile, iar edemele în cele mai multe cazuri se rezorb complet. Ceea ce este însă mai important, tens. art. scade la normal aproape în toate cazurile în decursul primelor zile de regim sec. Uneori scade puțin sub valoarea normală, instalându-se concomitent o bradicardie netă. Pentru înlăturarea completă a hipertensiunii arteriale și a turburărilor locale renale, pentru favorizarea irigației renale corespunzătoare, am înlocuit la toate cazurile procedeul W-ului în felul recomandat de Volhard. Este recomandabil însă ca între zilele de regim sec și W. să se intercaleze două zile de regim alimentar declorurat, cu permisiunea de lichide în cantitate egală cu cantitatea urinei în 24 ore. În unele cazuri unde probabil deshidratarea organismului prin zilele cu regim sec a atins un grad mai mare, fără aceste zile intermediare s'ar putea ca lichidul ingerat să fie în mare parte reținut și procedeul W-ului să nu reușească. Luând această precauțiune, W-ul ne-a reușit în toate cazurile, extrem de rar trebuind să recurgem la o a 2-a încercare. Insucces la prima încercare a fost observat în cazuri unde viteza de sedimentare a hematilor s'a menținut accelerată, unde probabil focarul infecțios a fost încă activ.

De obicei tens. art. scade la normal în timpul zilelor de regim sec (Fig. 3), totdeauna însă scade după W. (Fig. 1), iar diureza poate ajunge la de trei ori cantitatea de ceală ingerată (Fig. 2). Azotemia scade de asemenea. Uneori după W. am observat o hematurie mai accentuată, pe care Volhard o pune în legătură cu ruperea vasculare prin reîntrirea brutală a circulației în glomerulii care se aflau în stare de asfixie. Diureza odată începută, s'a menținut tot timpul la nivel corespunzător. Astfel, prin această ultimă procedură s'a ajuns la ruperea barajului funcțional, caracterizată prin scăderea tensiunii arteriale și diureză bună menținută. În

nici un caz nu am fost obligați să facem evidarea eventualelor focare infecțioase înainte de ruperea barajului. Este recomandabil ca evidarea focarelor să se facă după începerea diurezel și scăderea tensiunii arteriale pentru a nu expune la o agravare a tabloului clinic. Numai în cazuri excepționale vom face evidarea focarelor infecțioase înainte de scăderea tensiunii arteriale și începerea diurezel, când cu toată insistența terapeutică nu am reușit să obținem ruperea barajului funcțional.

Dela obținerea ameliorării și până la sfârșitul lunii a treia dela începutul bolii, se recomandă un regim hipoclorurat și după împrejurări des sau ipoazotat. În conduita terapeutică ulterioară trebuie să acordăm o atențiune deosebită comportării tens. art. poate chiar mai mult decât unei eventuale albuminurii ușoare persistente.

Cu acest tratament am obținut vindecări în toate cazurile de nefrită acută observate de noi. Vârsta bolnavilor 19—61 ani, formele clinice cele mai variate. Am observat o singură complicație — hemoragie meningeală — care nu poate fi pusă în legătură cu conduita terapeutică. Și acest caz a avut o evoluție bună vindecându-se.

Cele trei observații pe care le dăm în rezumat ilustrează rezultatele terapeutice obținute în clinica noastră :

I. S. I. 53 ani (Fig. 1). Vine să ne consulte la sfârșitul celei de a 3-a săptămâni de boală. Dela început

are cefalee, senzație de frig și pierde pofta de mâncare. După 2 zile edeme ale gambelor, iar după alte 3 zile fața, abdomenul și organele genitale se tumefiază. Tușește și este dispneic la cel mai mic efort. Dela începutul bolii vede obiectele ca prin ceață.

La examenul obiectiv se constată edeme voluminoase ale extremităților, semne de lichid liber în cavitatea peritoneală și în ambele cavități pleurale. Tens. art. 21—12, puls 56. Albuminurie cu hematuria intensă și cilindrii. Densitatea specifică a urinei 1020. Viteza de sedimentare a hematiilor, la 2 h. : 17 mm. Azotul ureic 38 mg%, R. W. negativ.

Se aplică tratamentul dietetic și medicamentos descris. În primele 5 zile de regim sec se rezorb complet edemele, fenomenele subiective ca cefalee, dispnea și turburările de vedere pe care le prezenta la internare se amendează. Tens. art. dela 21—12 scade la 15—8. În dimineața W.-ului înainte de administrarea ceaiului tens. art. 15,5—8 după administrarea lui scade la 11—6,5 și cu o diureză bună, zilnic peste 1800 cmc. urină, tens. art. nu mai trece peste 12,5—7, ba scade chiar la 10—6. În decurs de 14 zile de tratament toate fenomenele s-au amendat, dispărând chiar și orice rest de albuminurie.

II. B. I. 50 ani (Fig. 2) Boala debutează cu amigdalită înainte cu 3 săptămâni. La 5 zile după aceea observă că se tumefiază fața, membrele inferioare apoi

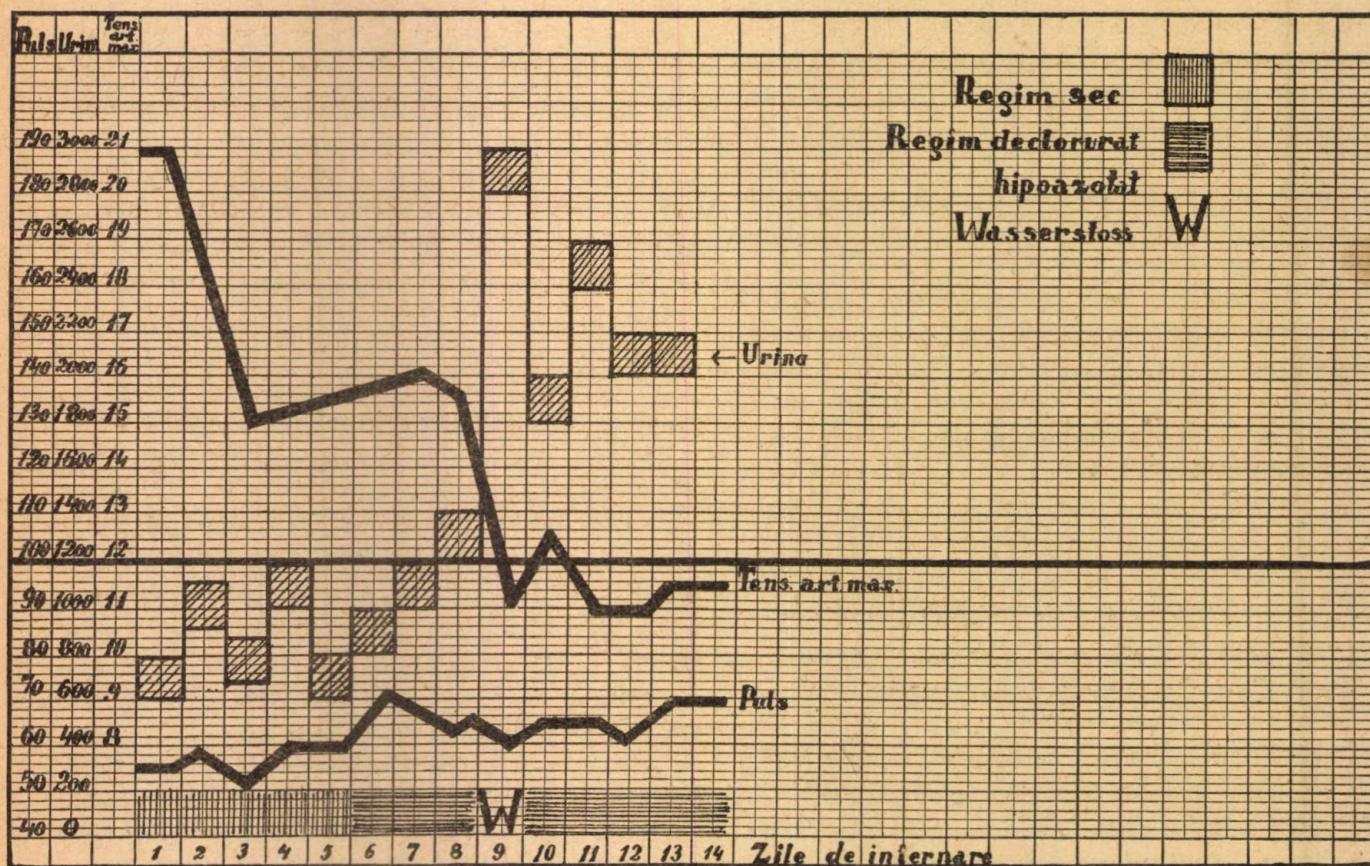


Fig. 1

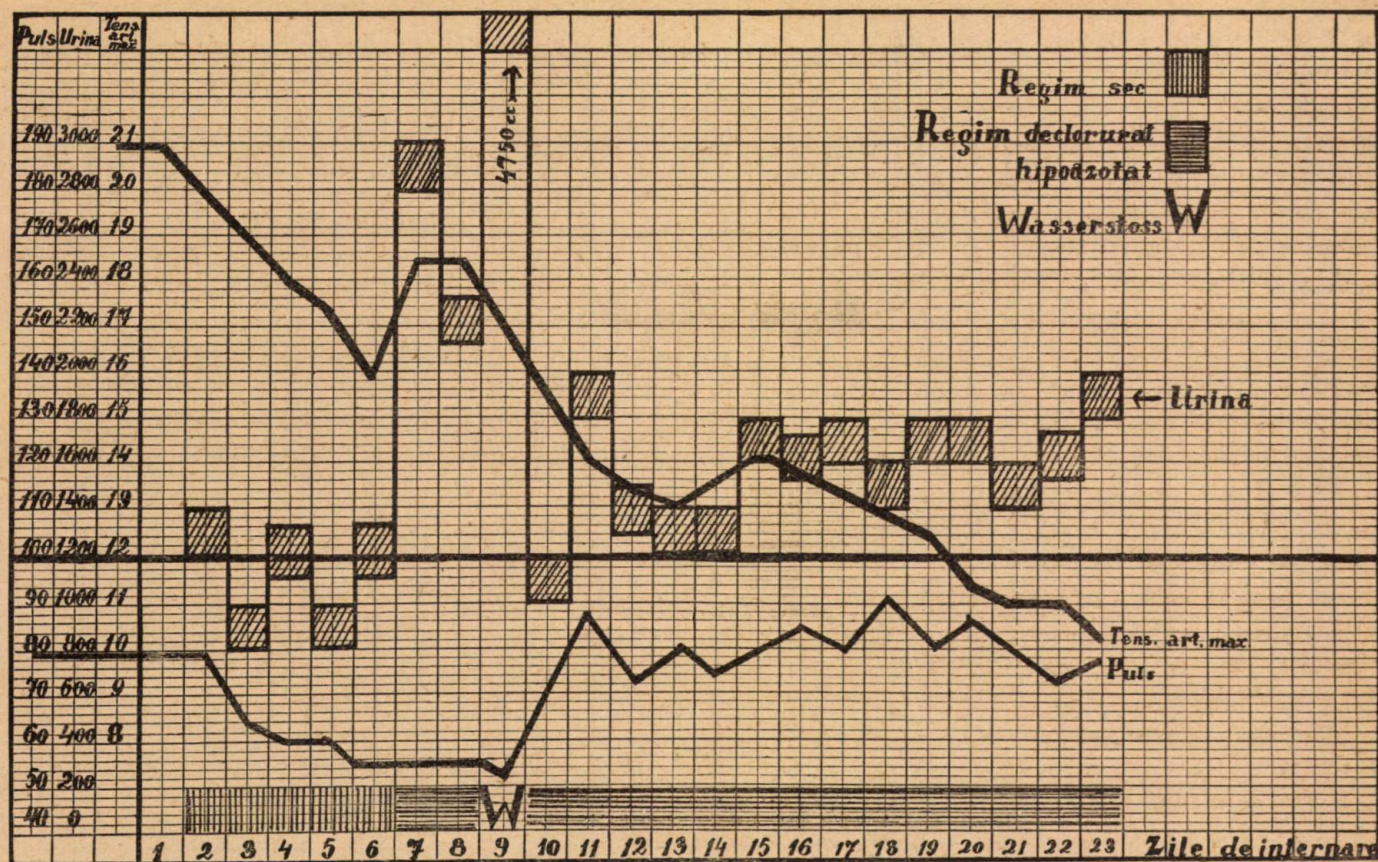


Fig. 2

abdomenul și mâinile. Pierde pofta de mâncare, are cefalee pronunțată și insomnie. În câteva nopți a prezentat dispnee în accese.

La examenul obiectiv: anasarcă cu edeme pronunțate la membrele inferioare și genitale. Asupra ambelor hemitorace multe raluri bronșice. Matitatea precordială nu este mărită. Tens. art. 21—10, Viteza de sedim. a hematilor la 2 h. 38 mm. Azotul ureic 93 mlgr. ‰. R. W. negativ. La examenul O. R. L. și stomatologic nu sunt semne de eventuale focare infecțioase. Examenul urinei: densitatea specifică 1012, albuminurie ad fundum petens, hematurie, cilindurie. Se aplică tratamentul indicat. În timpul zilelor de regim sec diureza variază între 800 și 2800 cc, fără ca bolnavul să îngereze lichide. Cu toate acestea lichidul din cavitățile seroase nu se rezoarbe complet. Tens. art. 21—10,5 scade la 16—6,5 pentru a se urca din nou puțin în următoarele 2 zile. W-ul are un efect foarte bun, diureza crescând la 4750 cmc., deci mai bine de 3 ori cantitatea de ceal ingerată, ultimele resturi de lichid din cavitățile seroase rezorbindu-se. Azotul ureic dela 93 mlgr. scade la 33 mlgr. După 23 zile de tratament bolnavul părăsește serviciul cu tens. art. 10—7, albuminurie în urme foarte fine.

III. N. N. 33 ani (Fig. 3) Bolnav de 17 zile, de când prezintă cefalee, pierderea poftel de mâncare. După

o săptămână se edematiază fața și membrele inferioare. De 10 zile se alimentează fără sare, însă fără restricții la lichide. De atunci edemele s-au mai redus, fără să dispară complet.

La internare tegumentele sunt foarte palide, edeme la față și gambe. Aparatul respirator: relații normale. Matitatea precordială nu este mărită, Tens. art. 18—10,5. Abdomenul de circunferință normală, nu sunt semne de lichid în cavitatea abdominală. Viteza de sedimentare a hematilor: 44 mm. la 2 h. R. W. negativ. Azotul ureic 33,4 mlgr. ‰.

Tratamentul este cel aplicat și la cazurile de mai sus. În timpul zilelor de regim sec edemele se rezorb complet, tens. art. dela 18—10,5 scade la 11,5—6, fenomenele subiective amendându-se complet. W-ul ne dă rezultat bun, diureza menținându-se bună și după aceea, iar după 12 zile de tratament bolnavul părăsește serviciul cu tens. art. 10,5—6, diureza 1400 cmc., fără albumină în urină.

Până la implinirea a 3 luni dela debutul bolii, bolnavii vor sta sub control medical.

Din observațiile noastre rezultă că tratamentul recomandat de Volhard și Epplinger, cu modificările aduse de noi, este superior tuturor celor întrebunțate până acum, ducând aproape în totalitatea cazurilor de nefrită acută difuză la vindecare. Are avantajul că și

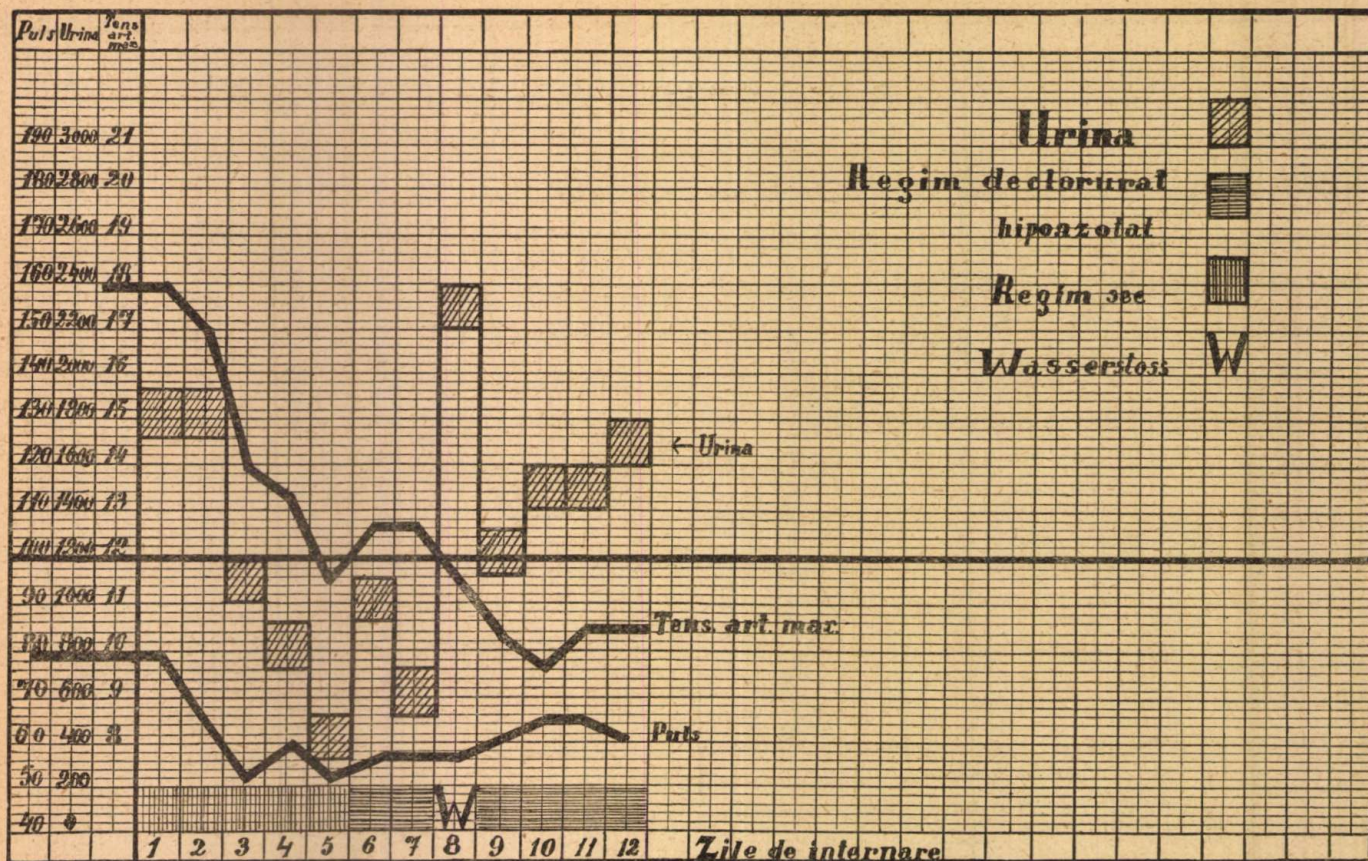


Fig. 3

timpul necesar ospitalizării a putut fi scurtat, în medie bolnavii fiind internați două, mai rar până la trei săptămâni.

Rezumând, putem spune următoarele:

Regimul sec, desazotat declorurat, poate fi considerat ca regimul suveran în tratamentul nefritelor acute.

Reușita acestui regim este în funcție de precocitate și severitatea aplicării lui.

Reușita regimului este condiționată și de tratamentul medicamentos cu acțiune asupra țesuturilor și aparatului cardio-vascular.

W-ul aplicat cu prudență și pregătirea prealabilă necesară, a dus în toate cazurile la ruperea barajului funcțional.

Cazurile noastre tratate astfel, nu au prezentat accidente din partea aparatului cardio-vascular, iar leziunea renală nu a trecut în faza anatomică.

CLINICA I MEDICALĂ

Director: Prof. Dr. Iuliu Hațieganu

RESUMÉ

Considérations cliniques sur le régime sec dans le traitement des néphrites aiguës

Dans la I^{re} Clinique Médicale on a appliqué chez un grand nombre des malades avec néphrite aiguë le traitement indiqué par Dolhard et Eppinger, c'est-à-dire le régime sec et le procédé de Wasserstoss. On a donné pen-

dant 5 jours des pommes de terre sans sel et aucun liquide. Puis après 2 jours de régime déchloruré on applique le procédé de Wasserstoss. On a fait au commencement chez chaque malade une émission sanguine. Comme traitement médicamenteux: Strophantine, sol hypertonique de glucose, chlorure de calcium et vitamine C. On a obtenu dans tous les cas des bons résultats sans aucun accident.

ZUSAMMENFASSUNG

Klinische Bemerkungen zur Trockenkost in der Behandlung akuter Nephritiden.

Auf der I. medizinischen Klinik wurde bei einer grossen Zahl von Kranken die an akuter diffuser Nephritis litten das von Volhard und Eppinger empfohlene Verfahren mit einigen Abänderungen angewendet, und zwar Trockenkost und Wasserstoss. In den ersten 5 Tagen wurden den Kranken Kartoffeln und Apfel in Scheiben zerschnitten und in Butter gebraten, vollkommen salzlos verabreicht bei vollständiger Entziehung von Flüssigkeiten. Zwischen diesem Regim und dem Tag an welchem der Wasserstoss gegeben wurde, wurden 2 Tage salzfreier Kost eingeschoben mit Erlaubnis einer Flüssigkeitsmenge die gleich war der Diurese in 24 Stunden.

Allen Kranken wurde am ersten Tag ein Aderlass gemacht der eventuel wiederholt wurde. Als medikamentöse Behandlung: Strophantin, hypertonische Glucoselösung, Calcium chlorat und Vitamin C.

Mit dieser Behandlung konnte man in allen Fällen eine Durchbrechung der funktionellen Barage erreichen, alle konnten nachher als geheilt betrachtet werden. Es trat keine Komplikation ein.

Chamomilla în practica ginecologică

de

Dr. Aurel Botis, Arad

La femei trecute de al patrulea deceniu, survin, alături de turburările climacterice, în deosebi noi formațiuni și fenomene de involuțiune al tractului genital, astfel cum se prezintă la tratamentul ginecologic. Inflamațiile cronice, care provin din anii mai tineri, iau fașă de acestea un loc de planul al doilea.

Asupra acestui lucru suntem bine lămuriti, că nu există o terapie medicamentoasă sau hidroterapică conservativă a acestor tumori și acestea formează, ca și în trecut, domeniul chirurgical sau radioterapic. Nu mai puțin însă a-și dori să dau o indicație asupra unui tratament suplimentar ce ar trebui urmat de aceste bolnave alături de operație și raze. Oricărui chirurg și radiolog îi este cunoscut că în timpul tratamentului sau după tratament se ivesc scurgeri rău mirositoare, zemuirile dela femeile bolnave de cancer, ceea ce constituie un mare chin, atât pentru pacientele însăși, cât și pentru cei din jurul lor. De exemplu la carcinomul colului leucoreea sanguinolentă subțire, rău mirositoare, ce murdărește vaginul, este adeseori simptom prodromal. La carcinomul cervixului (Cunopidă) rapida descompunere progresivă conduce tot la o asemenea scurgere. Singurele și numai carcinomele tubare decurg fără leucoree vaginală.

Fiecare scurgere, cu deosebire la femeile mai în vârstă, poate da până la un punct bănuiala unei noi formațiuni. De aceea trebuie să avem în vedere, întotdeauna, diagnosticul diferențial. A trecut timpul când se trata simplu simptomatic, o leucoree, cu spălături, fără ca să se cerceteze cu cea mai mare precizie o examinare genitală. Oricare medic practician știe astăzi să valorifice acest simptom în întreaga sa gravitate, — și nu va pierde timpul, ci va încredința bolnava numai decât la un specialist sau la o clinică. Chiar și acestea nu pot să deosebească numai prin palpare o formațiune nouă de îngroșare inflamatorie, chiar atunci când anamneza și vârsta pacientei ușurează diagnoza. În timpul îngroșării inflamatorii nu mai poate fi vorba de metodele conservative locale, de o asemenea terapie de așteptare, când starea obiectivă (exciziune de probă) nu pledează pentru aceasta.

Adesea există la femeile bolnave de cancer o leucoree, fără ca să se ivească în același timp și dureri, care vor fi accentuate mai târziu într'un stadiu mai înaintat, prin pătrunderea carcinomului în bogatul țesut nervos al basinului. Această leucoree carcinomatoasă poate proveni din vestibul, din vagin, din uter sau din

cervix, în timp ce de regulă, carcinomul tubar nu elimină leucoree. La această leucoree nu se poate vorbi întotdeauna despre secreție, deoarece vaginul de exemplu, posedă o mucoasă neganglionară și de aceea nu face decât să transudeze. Secrețiunea ce curge din cervix sau corpul carcinom, reacționează alcalin, vaginul însă acid, astfel că pH se schimbă. Zemuirea lasă ca produsele septice să influențeze asupra organismului și duce astfel la o cașecsie canceroasă secundară. Că la aceste noi formațiuni nu poate fi vorba numai de carcinom, ci și de sarcom, myom, etc., nu trebuie deosebit relevat. Scurgerea la formațiunile noi genitale se consideră în mod obișnuit tot ca leucoree carcinomatoasă, cu toate că din punct de vedere științific nu este așa.

Această leucoree carcinomatoasă nu trebuie să o înlăturăm numai cauzal, prin operație sau prin raze, ci chiar să o influențăm și înainte și după aceste metode de tratament, la care se adaptează în mod cu totul deosebit vechea și naționala Chamomilla.

Chamomilla, grație proprietăților ei anti-inflamatorii, calmante și dezodorante, a găsit o vastă întrebuințare în medicină, după cum dovedesc numeroase indicații din cărțile de botanică din secolul trecut. Numele latin al speciei „*Matricaria*” (matrix = mitră), precum și numirea populară arată întrebuințarea preferată în medicina feminină. Cercetări chimice detaliate din anii din urmă au adus dovada că efectul farmacologic al Chamomillei este legat de oleul eteric și parțial și de un glicosid. Componentul anti-inflamatoriu este restrâns exclusiv asupra oleului eteric și anume numai asupra „Oleului albastru”, în timp ce „Oleul verde” este inactiv.

Substanța chimică activă în Oleul albastru este Azulen, o hidrocarbură din formula $C_{15}H_{18}$. Aceasta acționează antiflogistic, în timp ce capilarele dilatate prin procesul inflamatoriu, cedează îngustându-se. Componentul anti-dureros este atribuit unui glicosid.

Până acum Chamomilla putea fi întrebuințată numai ca spălături și ca ceaiu de mușetel, aceste sunt de altfel numai un expedient, întru cât medicamentul vine prea puțin timp în contact cu mucoasa vaginală, dacă mai ales pătrunde prin secrețiunea care acoperă mucoasa. Aci se întâmplă că din cauza incomodării, pacienta foarte adeseori nici nu mai face spălăturile. Prin incorporarea întregii substanțe active a Chamomillei în încercatul principiu Spuman, s'a putut spori foarte mult efectul terapeutic al acesteia în ginecologie

și executarea tratamentului cu Chamomilla s'a simplificat esențialmente.

Bujiurile de Kamillen-Spuman à 1 gr. se găsesc în comerț și se introduc de obicei odată pe zi sau de două ori pe zi.

Prin întrebuițarea pre-operativă de Kamillen-Spuman putem avea câmpul vaginal operativ liber în mod practic de zemui, ceea ce face să scadă riscurile operației. Post-operativ, prin resturile de sânge, secrețiunile răni, al materialului de sutură, se provoacă o leucoree caustică și rău mirositoare, care este favorabil influențată. Cicatrizarea de asemenea este avantajată, secreția este micșorată fără vătămarea mucoasei vaginale și transudatul rămas este dezodorizat.

Chiar și în radiologie poate fi întrebuițat Kamillen-Spuman. Mucoasa vaginală atinsă de iradiație și lezată în funcțiunea ei, este din nou reconfortată, poate să se vindece și prin aceasta rămâne aptă pentru continuarea terapiei. La tratamentul cu radium conduce la o mai rapidă vindecare a micilor răni legate inerent. La carcinomul inoperabil are importanță intru atât că, prin efectul său desodorizant dă posibilitate situației sociale și liniștește în mod psihic pe bolnavă, intru cât

pacienta prin tratamentul zilnic și prin încetarea mirosului, se întărește în speranța ei că „merge mai bine”. Medicul are la îndemână în Kamillen-Spuman un medicament sigur, un ajutor efectiv și eficient și psihic, în terapia atât nerecunoscută a nouilor formațiuni ale tractului genital feminin.

Bibliografie

- Albath*, Naunyn-Schmiedebergers Arch. f. exper. Path. u. Pharm., Bd. 193 (1939).
Arnold, ebenda, Bd. 123 (1927).
Béguin, Pharm. Acta Helvetiae. Bd. 7 (1937).
Braun, Südd. Apotheker Ztg. Bd. 60 (1940).
Halban-Seitz, Biologie des Weibes.
Heubner u. Albath, Naunyn-Schmiedebergers Arch. f. exper. Path. u. Pharm. Bd. 192 (1939).
Heubner u. Grabe, ebenda, Bd. 171 (1933).
Jaschke, Praktische Gynecologie.
Junkman u. Wiechowski, Naunyn-Schmiedebergers Arch. f. exper. Path. u. Pharm. Bd. 144 (1929).
Landman, Zentralbl. f. Chir. Bd. 54 (1937).
Richard, Med. Klinik. Bd. 36 (1940).
Wiechowski, Arch. Path. Pharm. Zit. nach Mayer-Gottlieb Pharmacologie.

DELA SPITALUL DE STAT, ARAD
 Medic Șef Dr. A. Botis

Vitaminele în terapeutila bolilor de piele

de

Dr. Emil I. Bologa,
 medic secundar

Vitaminele, aceste achiziții atât de recente ale Biologiei, și-au găsit un câmp de aplicare terapeutică foarte larg, fiind întrebuițate în cele mai diferite afecțiuni de organ, sistem sau organism. În afară de indicațiunile de prim ordin, care pentru vitamine sunt reprezentate de hipo- respective avitaminose, acestea și-au găsit o fericită aplicare în diferite boli, care cu toate că erau rezistente la orice tratament, nu păreau a fi datorite unui deficit vitaminic. Este suficient să amintesc efectele vitaminei B₁ în tratamentul bolilor nervoase, acțiunea antihemoragică a vitaminei C, acțiunea anti-rădăcină a vitaminei D, acțiunea terapeutică favorabilă a vitaminei A în bolile de piele și ochi, pentru a nu aminti decât pe cele mai importante.

Ca și în celelalte specialități, vitaminele au fost aplicate și în tratamentul bolilor de piele. Mulți autori cred că s'a abuzat în medicină cu aplicarea acestora și poate că de multe ori au dreptate.

Cu toate că indicația administrării unei vitamine oarecare într-o anumită dermatoză poate fi pusă, efectele terapeutice fiind optime, aceasta nu înseamnă

imediat că acea boală de piele are la bază un deficit al acelei vitamine. Vitaminologii descoperă pe zi ce trece acțiunile din ce în ce mai multiple ale diferitelor vitamine. Pe de altă parte nu trebuie uitat, că vitaminele își exercită acțiunea pe cele mai diferite căi (metabolice, hematice, nervoase etc.).

Fără a intra în domeniul chimic, fiziologic și farmacodinamic al vitaminelor, voi căuta în cele ce urmează în modul cel mai sintetic și critic, să stabilesc locul pe care îl dețin vitaminele în terapeutila dermatologică, studiind efectul lor, precum și modul în care ele pot fi aplicate, indicând câmpul de aplicabilitate al fiecărei vitamine. Fără a mă rezuma la o simplă enumerare a preparatelor cu conținut vitaminic — care de altfel sunt extrem de numeroase — voi trece în revistă toate vitaminele, efectele lor asupra pielii sănătoase și bolnave, enumerând în cele din urmă preparatele industriale ale căror efecte terapeutice au fost confirmate de lucrările autorilor celor mai competenți. În dreptul fiecărei vitamine voi aminti indicațiile cele mai importante și binevenite.

STANNOXYL

FURUNCULOZA

și toate maladiile cu stafilococi, antrax,
ulcior la ochi, abces al sânului, acnee.

Produs cu bază de staniu și oxid de
staniu preparat după lucrările științifice
de A. Frouin.

LABORATOIRES ROBERT ET CARRIÈRE
1 et 1 bis, Avenue de Villars, PARIS (VII-e)

DEPOZIT PERMANENT:
„DROGUERIA STANDARD” S. A. R. BUCUREȘTI 1, Str. Sf. Ionică No. 8

Scilloral

Glicosidul cardiac
maniabil cu mari po-
sibilități de dozare.

ASTA AKTIENGESELLSCHAFT · CHEM. FABRIK · BRACKWEDE



Literatură și eșantioane vă
stau cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R., Strada Sf. Ionică No. 8, București



„In genere, preparatul Spuman-Styli in combinațiunile sale cu diverse medicamente specifice, poate fi considerat ca extrem de eficace in ceea ce privește acțiunea sa resorbtivă, astringentă și bactericidă, întrucât nici una din cunoscutele metode aplicabile nu este în stare să dea acestor corpuri specifice o înrăurire atât de durabilă și amplă precum însuși procedeul Spuman. astfel că Spumanul și combinațiile sale reprezintă nu numai pentru ginecologi, dar mai cu seamă pentru un medic, care este cu totul absorbit de ocupațiunile sale, un element nou de o valoare neprețuită în domeniul atât de bogat al medicamentelor”.

Dr. JOHANNES TREBING
(dela Clinica și Policlinica pentru boli de femei
a Profesorului von Bardeleben, Berlin).

„ZENTRALBLATT FÜR DIE GESAMTE THERAPIE”, Band 33, Nr. 9.

Și astfel a însemnat pentru tratamentul maladiilor urogenitale la femei

terapia cu spumă de Spuman o îmbogățire esențială. Prin ea s'a ajuns să se unească proprietățile unor încercate remedii ginecologice (precum sărurile de argint, acidul salicilic și lactic, ichtiolul, dextroza, mușetelul), cu avantajele procedeului spumos al Spumanului: Intrebuințarea lui simplă și decentă, dislocarea mucoaselor patologice prin acțiunea bășicuțelor de acid carbonic în stare născândă, prin dispersiunea intensivă și răspândirea foarte fină în profunzime a substanțelor curative. Bazat pe succesele curative atât de convingătoare precum și pe renumele său datând de un șir lung de ani,

terapia cu Spuman

și-a cucerit și afirmat locul său la medicii din România.

Bujiuri de 0.5, 1, 2 și 3 grame.

Literatură despre Spuman vă stă cu plăcere la dispoziție.

LUITPOLD · WERK, MÜNCHEN

Depozit permanent pentru preparatele Luitpold-Werk în România:

„DROGUERIA STANDARD“ S. A. R.

București I. — Strada Sf. Ionică No. 8

După definiția lui Hofmeister, vitaminele sunt niște componente organice ale alimentației vegetale și animale, care cu toate că se consumă în cantități infime comparativ cu albuminele, grăsimile și hidrații de carbon, sunt indispensabile întreținerii, creșterii și reproducerii. Ele joacă un rol foarte important în procesele fermentative și hormonale, cât și în cataliza și permeabilitatea celulară, influențând în același timp metabolismul (vitamina B metabolismul hidraților de carbon etc.). Noțiunea de vit-amine este fiziologică și niciodată chimică, diferitele vitamine făcând parte din grupe chimice separate.

Diferitele perioade din viața omului comportă necesități vitaminice diferite, cerințele fiind direct proporționale cu creșterea și activitatea sistemului endocrin (de ex. graviditatea). Ele joacă un rol important în metabolismul pigmenților (de ex. vitamina C). Cantitatea lor variază după rasă, sex și vârstă. Clima și diferitele boli fac de asemenea să varieze necesitățile vitaminice ale organismului. Vitaminele se împart din punct de vedere chimic în lipo- și hidrosolubile, fiind desemnate prin litere (A, B, C, D, E, F, K etc.).

Vitamina A. — Este liposolubilă și manifestă o acțiune în creștere, antixeroftalmică, apărătoare pentru epitelii și antiinfecțioasă. Corespunde formulei $C_{20}H_{30}O$. Se află în lapte, unt, oleu de pește etc. și sub formă de provitamină în morcovii și verdețurile (caroten). În caz de deficit se produc leziuni ale epitelilor, xerofthalmie și hemeralopie. Lipsa ei produce la nivelul pielii hiperkeratoze foliculare, asemănătoare la copil lichenului pilar. În China produce xerodermie, iar la tropice, ulcer fagedenic. După Parhon, în avitaminoză A mai observăm hiperpigmentări, hiper- și parakeratoze, uscăciune a pielii, comedoane, keratoză pilară și canthi precoci. Hiperavitaminoză duce la distrugerea epitelilor și endotelilor, iar la animale la căderea părului.

În dermatologie, vitamina A se aplică sub formă de alifile cu lanolină și vaselină în concentrații de 0,5—2%. Vogan. A fost aplicată ca alifile epitelizantă, iar Müller a publicat rezultate bune în dermatita exfoliativă generalizată Wilson—Brocq. Are o acțiune cicatrizantă incontestabilă.

Indicații: plăgi, plăgi atone, rosacee, acnee, combustii, afecțiuni ale epitelului ocular, congelatii, seboree (părând a avea o acțiune antiseborică), abcese, ulcer tropic, abcese produse prin Roentgen, alopecie areată (ca excitant al creșterii părului), eczeme exsudative ale sugarilor, eritrodermie, krauroză vulvară. În chirurgie în arsuri grave, fistule perianale și după Leiberich în tuberculoza pielii. Parhon administrează vitamina A „pentru a mări rezistența la infecții cutanate și a asigura o mai bună troficitate a pielii. Tendința la hiperkeratoze determinată de avitaminoză A, îndreptățește întrebarea acestora în stările hiperkeratozice,

keratozele palmare și plantare, ichtioză, psoriază, în tratamentul plăgilor, al ulcerelor cutanate și în alterațiunile gastrointestinale și hepatice”.

Preparate:

a) *Vulnovitan*, alifile recomandată de Horn, conține 2000 U. I. pe cmc. alifile. Se aplică în plăgile cele mai diferite.

b) *Vitaramin*, alifile care a dat rezultate admirabile în cazurile de combustii cutanate.

c) *Leolan—Infadolan* (Leowerke), preparate similare.

d) *Ungventolan*, alifile cu oleu de pește.

e) *Vogan* (2—4 dragee pe zi, sau 5—10 picături). 1 cmc. Vogan conține 40.000 U. I. vitamină A, adică de 100 ori mai mult decât aceeași cantitate de oleu de pește. Alifila cu Vogan trebuie ținută de aer și lumină.

Heinzl obține rezultate în diferite afecțiuni oculare (mai ales în leziuni) prin aplicarea alifiei cu Vogan: soluție Vogan 2 gr. la 100 gr. alifile (1 cmc. soluție Vogan conține 120.000 U. I. vitamină A). În unele cazuri reușim și cu concentrații de 0,5%.

Ca substanțe vechtoare pot fi întrebuințate: vaselina borcată, pasta zincată, unguentul molle, eucerina, balsamul peruvian și altele. Gattefosse recomandă mai nou o alifile, care conține provitamină A (carotenul) în congelatii, cu rezultate bune. Acest preparat ar avea și o acțiune antiseborică. Alifila aceasta se descompune la lumină. Grăsimile cu mulți peroxizi distrug în alifile în mare măsură carotenul și vitamina A, de aceea este recomandabil ca să incorporăm vitamina A într-o grăsime sintetică indiferentă. Existența vitaminei A, deci prezența ei în alifile, este probată de Fearon prin reacția cu P205, prin care se obține o culoare violet închisă. Alți autori (Lauber, Rochohl), fără a contesta acțiunea cicatrizantă a vitaminei A, nu-i dau o prea mare importanță.

În ceea ce privește pielea, lipsa vitaminei A aduce după sine:

- modificări ale colorației pielii (pigmentări accentuate),
- o creștere a pigmentului epitelial,
- keratoză pilară (hiperkeratoze foliculare),
- uscăciune anormală (hiper-parakeratoze),
- formarea de comedoane (prin modificări produse la nivelul glandelor sebacee),
- pierderea luciului părului, și
- încălări precoci.

Lipsa vitaminei A produce o pierdere de apă în straturile epiteliale superficiale care au drept urmare anatomo-patologică o hiper și parakeratoză. Administrarea în cantități prea mari produce xantoză (colorație galbenă a pielii prin depozitarea în acest loc a carotenului). Această xantoză apare mai ales pe palme și mucoase, exceptând sclerotica. Hiperavitaminoză A

produce la șobolani căderea părului. Pillat studiind în China problema avitaminozelor A, observă la copiii keratomalaciei că pielea devine moale și lipsită de elasticitate.

Frazier și Ch'uan-K'nei Hu au observat primul că simptomele oculare sunt precedate de cele cutanate, care se manifestă prin uscăciune, descuamație, pigmentare și erupții simetrice papuloase folliculare la nivelul extremităților. După Kulpers eczemele seboreice ale sugarilor ar avea la bază un deficit în vitamina A.

În cartea lui Stepp găsim un capitol special dedicat vitaminei A și rezistenței pielii. Autorul subliniază acțiunea antiinfecțioasă a vitaminei A, prin proprietatea pe care o are de a proteja — respective vindeca — turburările epiteliale ale pielii și mucoaselor. De aici numele de „vitamina de protecție a epitelilor”, care s'a dat acestor vitamine. Uscăciunea pielii a fost descrisă ca simptom precoce în cazurile de avitaminoză A, apărând chiar înaintea semnelor oculare. Uscăciunea aceasta este produsă printr-o keratinizare parțială a celulelor epiteliale, datorită lipsei vitaminei A.

Vitamina B₁. — Vitamina B₁ sau mai bine zis grupul B, din care cea mai bine cunoscută este vitamina B₁ (aneurina), care corespunde la formula C₁₂H₁₆ON₄S. Se găsește în cantitate mare în drojdie, carne de porc, ficat și orez. Lipsa ei produce beriberi și polinevrite. Ea este compusă din mai mulți factori:

a) Vitamina B₂, care este identică cu lactoflavina. Se găsește în înimă, ficat, rinichi, gălbenuș de ou și plante verzi. Lipsa ei produce dermatite și modificări din partea părului.

b) Factorul antipelagros (pelagro-preventiv), sau factorul PP, identic cu vitamina B₆.

c) Filtrat-factorul (2 pelagro-preventiv).

d) Factorul antianemic.

În lipsa complexului B₂ se produce pelagra, anemia, coeliakia etc. Cantitatea necesară pentru om este în funcție de cantitatea hidraților de carbon utilizați în alimentație. Din contra substanțele grase exercită o acțiune protectoare asupra vitaminei B₁. Vitamina B₁ poate fi făcută activă prin procedeul iontoforezei. Kasahara și colaboratorii o utilizează sub formă de alifie în concentrație de 30%, încorporată în unguent Wilkinson (ungv. adips sulli benz. cu 16% apă) în cazurile de Beri-Beri la porumbeli bolnavi. După unchi cu această alifie, animalele bolnave au putut să se ridice după 21/2—17 ore și după mai mult timp începeau să umble. Acțiunea vitaminei B₁ se extinde și asupra transformării pigmentilor (inclusiv porfirina). Kasahara a arătat primul că vitamina B₁ se resoarbe și transcutanat. Simptomele cutanate sunt după Sharples următoarele: arsuri plantare la mers, infecții bacteriene ale pielii. Scheer tratează stările dihidrotice ale copiilor cu alimentație bogată în vitamină B₁.

Indicații:

1. prurit: injecții în serie.
2. herpes zoster: vindecare după câteva injecții.
3. lichen ruber plan: injecții în doze mari, administrate în teritoriile limitate segmentar (Kloverkorn).
4. în tratamentul leziunilor prin raze X (Roentgenkater).

5. eczeme exudative ale sugarilor, consecutive unei hiperalimentații.

6. turburări varicoase.

Preparate: Betaxin (ampule—tablete); Betablon (ampule—tablete); Benerva (Roche). Bevitamin (Hygea), Beneurin (Ufarom).

În complexul B₂ găsim:

1. Factori de creștere (lactoflavina sau riboflavina).
2. Factorii sanguini (hemogen, vitamina M, etc.) și ceea ce interesează mai mult pe dermatolog.

3. Factorii cutanați: acidul nicotinic și adermina.

Lactoflavina se găsește în ou, lapte, drojdie. Lipsa ei produce ragade ale comisurilor bucale, cheilite, descuamații seboreice la nivelul șanșurilor naso-labiale și urechi. Este indicată în eczeme exudative.

Preparate: Lactoflavin-Ampule; Hepracton B (conține ficat, B₁, B₂ și acid nicotinic).

Acidul nicotinic (Vitamina antipelagrosă).

Șobolanii supuși unui regim de carență în această vitamină prezintă dermatite simetrice, inflamații și formări de cruste, care în complexul lor se aseamănă cu pelagra omului. Într-un regim lipsit de vitamina B₆, dar bogat în vitamina B₂, se obține un tablou clinic în care predomină turburările cutanate. Lipsa acestor vitamine produce hiperpigmentații la nivelul părților expuse la lumină (mâni, față, picioare), hiperkeratoze, dermatite, diaree, fenomene demențiale. Progresul mare în studiul pelagrei l-a adus anul 1937, când americanii Elvehjem, Madden, Strong și Wooleey au izolat în stare pură factorul antipelagros.

Din complexul B₂ se cunosc următorii factori cutanați:

a. Factorul antipelagros al omului (factor PP=acid nicotinic) C₇H₅NO₂.

b. Factorul antipelagros pentru șobolan (vitamina B₆=adermina (C₈H₁₁NO₃)).

c. Factorul antipelagros pentru găină=factorul de filtrație.

Omul adult necesită 50—100 mgr. de acid nicotinic pe 24 ore. În organism există un antagonism între lactoflavina și acidul nicotinic. Pe lângă porfirinurile mai apar în avitaminoză acidul nicotinic și turburări pigmentare (xeroderma pigmentosum?). Un alt rol este acela în metabolismul sulfului. Ungھیile pelagrosilor prezintă un conținut scăzut în sulf.

Indicații: administrarea acidului nicotinic în pelagra aduce cu sine suprimarea descuamației, formarea unei noi epiderme, hiperkeratozele și ulceratiunile pielii.

disparând. Locul nu-mi permite a intra în studiul mai detaliat al terapiei pelagrei, care desigur poate forma subiectul unei lucrări separate.

Acidul nicotinic se poate administra per os, intra muscular sau intra venos. Pe lângă pelagră, indicațiile lui sau lărgite, fiind indicat și în dermatozele de natură alcoolică și hepatică, precum și în actinodermite (hydra aestivalls, xeroderma pigmentosum — aplicat personal într'un caz) și în eritrodermiile exfoliative. Au fost observate rezultate și în cazurile de alergii cutanate (edem Quinke). Alte indicații sunt: eczemele solare, eritem exudativ multiform, roentgenkater și dermatoze însoțite de porfirinurie.

Preparate: *Nicobion* (Merck) — tablete 2—4 zilnic, sau o injecție pe zi. *Nicotinsäureamid* (Bayer) 1—3 tablete; 1—2 injecții subcutanate. *Gliconorm* (conține acid nicotinic, B₁, B₂ și vitamina C). *Acid nicotinic blaes*.

Adermina (vitamina B₆). A fost izolată în stare pură în anul 1938 și corespunde formulei C₈ H₁₂ NOCl. Se găsește în țesuturile animale și vegetale mai ales sub forma complexă de adermin-proteină. Aportul necesar pe 24 ore este aproximativ de 1—2,5 mgr. Carența în vitamina B₆ duce la căderea părului și la dermatite localizate. La șobolan se produce o dermatită albuminurică, care seamănă foarte mult cu pelagra.

În comerț se găsește sub numele de *Hexobion* (Merck), preparat injectabil de vitamină B₆. O fioală conține 10 mgr. de adermină pe cmc.

Indicații: utilizarea vitaminei B₆ își va găsi în viitorul cel mai apropiat rațiunea în bolile de piele și rezultatele nu vor putea fi decât bune. Scarzella publică rezultate bune după administrarea vitaminei B₆ la sugari în cazurile de dermatită Lelner și în dermatite seboreice. Autorul a administrat injecții cu *Pirodoxin*, 10 mgr. zilnic, tratamentul având o durată totală de 9 injecții, deci 9 zile. Cu acest tratament a vindecat 3 cazuri de dermatită Lelner și 7 cazuri de seboree la sugari.

Vitamina PP. Această vitamină are un rol important în sinteza hemoglobinei. După Parhon „Insuficiența ei intervine în apariția porfirinurilor și tratamentul cu amida acidului nicotinic corectă aceste tulburări, dând rezultate bune în hydra aestivalls, în eritrodermiile exfoliative, în edemul lui Quinke și în suprasensibilitățile cutanate în genere”.

Vitamina C. Această vitamină numită și antiscorbutică a fost izolată în stare pură și corespunde formulei C₆ H₈ O₆. Din multiplele proprietăți ale acestei vitamine subliniez pe cele antialergice demonstrate prin cercetările lui Hochwald și rolul important pe care îl are acidul ascorbic în formarea pigmentilor. Astfel acidul ascorbic inhibă formarea melaninei. Glroud a găsit vi-

vitamina C în cantitate mare în piele și anume la nivelul epidermului.

În natură o găsim în cartofi (și încep cu aceștia pentru că ei reprezintă forma sub care se lău de marile mase), lămâi, fructe verzi. Lipsa ei produce scorbut, hemoragii gingivale și cutanate, astenie primăvăratecă, cloasmă.

Indicații: administrarea vitaminei C este indicată în anumite cazuri de pigmentări patologice cum ar fi boala lui Addison, în care se poate obține prin administrare de vitamină C o decolorare. Este necesar să dăm doze masive de acid ascorbic. Într-o lucrare precedentă (Sinergismul și antagonismul în studiul vitaminelor și hormonilor — Rev. de endoc. Nr. 2, 1940) aminteam rezultatele profesorului Carlos Gatti din Assomption (Paraguay) care a administrat Cebion foarte intravenos în 2 cazuri de lepră, observând scăderea temperaturii, dispariția infiltratelor ganglionare și a maculelor deja după o săptămână de tratament. El a administrat vitamina C timp de 3 săptămâni zilnic, după care au reluat tratamentul cu eter etilic și cu oleu de Chaulmogra. Parhon indică vitamina C în unele tulburări cutanate. Astfel în dermatita papulokeratoză scorbutică descrisă de Nicolau și în dermatita consecutivă injecțiilor cu salvarsan. După Welker ea ar mări toleranța acestui tratament. În psoriază de asemenea ar fi o hipovitaminoză C.

Vitamina C este resorbtă din alifia Wilson, după cum arată lucrările lui Kasahara și Kawashima. Acești autori au aplicat pe pielea mamelelor mamelor care alăptau, o alifie care conținea vitamina C într-o concentrație de 30% și au putut demonstra prezența acestei vitamine în laptele acestor mame. Sânul masat cu această alifie dădea un lapte care conținea 32,1 mgr. vitamină C, în timp ce sânul nemasat dădea un lapte cu numai 26,0 mgr. vitamină C. Casa Merck produce o alifie cu Cebion care se aplică pe mucoasa gurei. Mayer obține rezultate prin masajul gingiei cu o astfel de alifie în cazurile de gingivite, paradentoză, stomatite și afecțiuni gravidice ale mucoasei bucale. După Hochwald vitamina C are o acțiune antialergică.

Vitamina C își mai găsește indicația în următoarele afecțiuni cutanate: eritem exudativ multiform, al mucoaselor, exantem secundar administrării sulfamidelor salvarsanului sau sărurilor de aur, agranulocitoză (Cebion forte), purpură, trombopenie (Werlhof), psoriază, combustii grave (împreună cu hormonul cortical al suprarenalei), hirsutism, cloasmă etc.

Preparate: *Cebion* (Merck) 3 ori 1 tabletă pe zi; *Canton*, *Redoxon*, *Antiscorbin* (Hygea) *Ceval* (Ufarom) *Ascorbin*, *Dibionta* (vitamină B și C) la eczemele exudative ale sugariilor — 3 până la 6 dragee.

Vitamina D. Numită și factor antirahitic se găsește în lapte, unt și oleu de pește. Poate fi însă obținută și

prin iradierea cu raze ultraviolete a ergosterinei. Sub forma de provitamină se găsește în plantele verzi (ergosterin). În stare pură corespunde formulei $C_{28}H_{44}O$ și se mai numește vitamina D_2 , *Calciferol* sau *Vigantol*. Lipsa acestor vitamine produce rachiismul, care reprezintă indicația principală a administrării ei. Pe lângă alte numeroase indicații vitamina D a fost întrebunțată și în dermatologie.

Indicații: pomada cu *Vigantol* are o acțiune favorabilă în eczemele exudative ale copiilor. A mai fost întrebunțată cu succes în cazurile de acnee rosacee asemănător injectiilor cu oleu de pește după Unna. Vitamina D este oleosolubilă și foarte ușor oxidabilă. Gordonoff a arătat că vitamina D este resorbită prin piele, putând produce scleroze grave. Moncorps aplicând alifii și creme cu vitamină D, observă lipsa leziunilor după resorbția vitaminei, cantitățile resorbite fiind foarte mici. Alți autori (Memmesheimer, Schieblich, Polaschi) găsesc că aplicarea cutanată a alifiiilor cu vitamină D duce la rezultate terapeutice favorabile. În America propaganda cosmetică recomandă aceste alifii, ca mijloc de înfrumusețare. Și în Germania se prepară astfel de creme (de ex. *Blendea-Hautcreme*).

Aplicarea acestei vitamine sub această formă are la bază cercetările lui Navarre, care pe culturi de țesut a observat o accelerare a creșterii acestora, după aplicare de vitamină A+D. În dermatologie a fost aplicată de Spraffke sub formă de alifii cu 0.5 — 1% *Vigantol* în cazurile de eczeme. Vitamina D este activă în alifii și în cazurile de rachiism, care prin acest tratament sunt favorabil influențate. Aceste rezultate sunt publicate de Astrow și Morgan, care au administrat o doză de 45 ori mai mare decât cea orală pentru a obține efecte terapeutice. Rezultatele lui Moncorps sunt la fel de bune.

Preparate: *Vigantol* oleu (zinc 15 picături sau 3 ori 1 tabletă); *Calcipot D* (combinată cu calciu); *Detavit* (combinată cu vitamina A); *Vicotrat* (combinată cu vitamina A) și altele.

Vitamina F. Această vitamină oleosolubilă, este foarte mult întrebunțată de către dermatologii americani. După Augustin alifiiile conțin 1000 unități șoarece pe gram alifie. Autorul recomandă în dermatoze concentrații până la 5000 U. S. pe gram alifie. Pielea trebuie degresată înainte de aplicarea vitaminei F în alifie. Fabricile Noury van der Lande, Emmerich și Hennlog din Berlin, scot preparate cu concentrații până la 250.000 U. I. Grandel publică rezultate bune cu alifii de această concentrație. El aplică alifia lui Frenkel, care conține 2,5 unități internaționale precum și vitaminele A—D—E, în ulcerale crurale și în leziunile pe teren diabetic.

În literatura medicală (*Bibliography of The Scientific Evolution of vitamin F* — Arher Daniels Midland

Company Chicago 1936) găsim 66 lucrări dedicate aplicațiilor acestor vitamine.

Astăzi se vorbește despre „*Vitamina F*,” care se scoate din oleul de pește și care ar avea o acțiune puternică de granulație, fiind indicată în plăgile atone, hiperkeratoze folliculare și ca granulantă. Intern în cazurile de eczeme cronice alergice.

Preparate: Vitaminsalbe „*Wolff*” (conține vitaminele A—D—F); *Hautfunktionsöl „Wolf” Vitamin Fo* (Noury Co. van der Lande) conține 250.000 unități Shepherd-Linn și este de cinci ori mai activă ca preparatele americane; *Vitaminol Noury*, pentru păr.

Vitamina F este un adjuvant prețios al apelor de păr, oleuri de păr, brillantine și șampoane, producând în concentrații variabile dela 200—2000 U. Shepherd, îndepărtarea mătreței.

Vitamina E. Această vitamină numită și anti-sterilitară este și ea liposolubilă. Se găsește în pâinea neagră, orez, carne și lapte. Lipsa ei produce sterilitate. Americanii susțin că adăugată la alifii, ar ridica acțiunea terapeutică a acestora, mai ales în cazurile de acnee. Pacini a întrebunțat-o în tratamentul diferitelor plăgi. Ea își găsește indicația în cazurile de oligo și azoospermie.

Preparate: *Ereton* (Bayer); *Evion* (Merck) 1-2 capsule zilnic; *Ephynal* (tablete sau injectii).

Vitamina K. a fost aplicată de către Helt în cazurile de purpură Henoch—Schonlein. Scartozzi aplică vitamina K în dermatite produse prin acid picric, precum și în diferite afecțiuni cutanate consecutive transfuziilor sanguine.

Vitamina H. Natural o găsim în ficat, rinichi, drojdie din care este scoasă prin digestie intestinală proteolitică. Lipsa ei produce fenomene de seboree și căderea părului. Este indicată în acnee, psoriază, piodermie, furunculoză etc.

În cosmetică „Factorul piele” nu a dat rezultate, de asemenea nici în bolile de piele (de ex. în seboree după cum semnală Gyorgyi).

După Milbradt această vitamină este liposolubilă, iar după Schultz este hidrosolubilă. Czetsch—Lindevald și Schmidt—La Baume au aplicat alifii cu această vitamină în cazurile de seboree și eczeme exudative, fără a obține rezultate nici atunci când o aplicau în concentrații mari. Varga o recomandă în eczemele seboreice combinată cu vitamină B și C. **Preparate:** cele care conțin oleu de pește, *Factorul P (Citrin)*. Natural îl găsim în lămâi, paprică, grepfrut, portocale. Lipsa acestui factor P duce la o scădere a rezistenței capilarelor. Este indicat în cazurile de purpură hemoragică. **Preparate:** *Citrin* (Bayer) drajee și ampule; *Priovit* (combinat cu B₁—B₂—C și P).

Perlatoan- Calcium

în turburările menopauzei

Compoziție:

100 U. I. Perlatoan

0,25 g Lactat de calciu

0,05 g Bromură de sodiu

Flacon cu 40 comprimate

De 3 ori pe zi 1 – 2 comprimate



C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H.
Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România:

Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.

Folicaleiuovar

Fiole și tablete

Foliculină — calciu — extract de ovar

Indicat în turburările menopauzei și cele datorite desechilibrului endocrino-vegetativ

PERHEPAR

Extract concentrat de ficat

Fiole, soluție și tablete

ACITOPHOSAN

Pentru combaterea gripei și răcelii.

2—8 tablete pe zi.

FABRICA DE PRODUSE CHIMICE
GEDEON RICHTER S. A.

București V, Strada Logofătul Tăut Nr. 99

Telefon 5.69.02

Tot în legătură cu vitaminele, trebuie amintit, că după Schermann căderea părului ar avea la bază lipsa unei vitamine (G). Un alt preparat vitaminic pe care cred la locul său de al aminti în această ordine de idei este „Avocado-öl” care este extras din persea gratissima și ar conține vitaminele A, B, D, și E, precum și Phytosterină și Lecitină.

Creme vitaminice. Valoarea cosmetică nu a putut fi dovedită decât pentru vitaminele A și D. Preparatele acestea vor trebui să fie precise dozate, supradozările ducând la fenomene hipervitaminozice. Este cert faptul că organismul are nevoie de o anumită saturație în vitamine pentru a putea întreține o piele sănătoasă. Navarre recomandă cantitativ vitamina D în proporție de 1.5 mgr.=71.000 U. I. la 1 gram cremă. Sprafke întrebunțează cu succes creme în care vitamina D este în concentrație de 0.5—1% (Vigantol 0.3%) în eczeme. Un mgr. vitamină D pură, corespunde la 50.000 U. I. *Leo-creme* conține cca. 30 U. vitamină D pro Kgr. În ceea ce privește vitamina A aceasta poate fi aplicată în concentrații mai mari.

Creme grase cu vitamină D (2—5 mgr. pe Kgr):
25% *Protegin* (Goldschmidt).

5% în oleu de parafină.

30% în lanolină.

1% etilalkohol pur etc.

Crema se conservă prin adaus de *Nipagin*. Parfumul se adaugă în concentrație de 0.3%. Se recomandă un adaos de 0.1% acid fosforic, chimic pur. Vitamina D naturală pare a fi mai activă decât cea sintetică. Contrar vitaminei A care se oxidează foarte ușor devenind ineficace, vitamina D este stabilă.

Alifii iradiate: Aceste alifii conțin o combinație de vitamine. În America se întrebunțează un preparat (*Avocado-öl*), care conține un oleu extras plus vitaminele A, D, E, și B. Burgl recomandă clorofila încorporată în vaselină în concentrația de 0.5—1% ca având un efect bun în diferitele leziuni cutanate (mai ales în răni), accelerând vindecarea. Alifia ar fi mai eficientă decât *Ungventolanul*, *Carotin* și *Lactoflavina*.

Alifii cu oleu de pește: Acestea servesc exclusiv pentru tratamentul rănilor. Oleul de pește se întrebunțează în tratamentul rănilor deja din timpul războiului din 1870—71. Sunt mult întrebunțate alifiile cu *Desitin*. Oleul de pește are aplicat pe răni proprietatea de a dizolva părțile necrotice, producând o demarcație netă.

Terapia cu alifii cu oleu de pește a luat avânt în anul 1932 de abia, grație lucrărilor lui De Muth și mai ales aceluia a lui Löhr (vezi *Chirurg* 1933, 29, 1612). Compoziția alifiei cu oleu de pește după Löhr regretabil nu se cunoaște. Incorporarea în emulsii apoase nu este totuși recomandabilă.

Mecklbach (Schweltz, Apoth. Ztg. 1938, 19) recomandă următoarea rețetă:

Rp.

Oli. jecoris aselli standard 30 gr.

Adeps lanae anhydr. 50 gr.

Vasellinum album 18 gr.

Balsam peruvian 2 gr.

M. F. Unguentum.

Alte preparate cu oleu de pește sunt: *Ungventolan* (*Desitinolan*); *Scottin-Lebert-Ransalbe* (25,50%); *Fissanlebertransalbe* (20,50%); *Vasenollebertransalbe*; *Desitin-Salbe* și *Halsana-Lebertransalbe*.

Aplicarea alifiilor în dermatologie datează din anul 1930, ele producând o accelerare a proceselor de granulatie și epitelizare (de ex. în ulcerul crural). Fasal a experimentat pasta de *Metuvit* (Chemosan Viena) cu rezultate multumitoare. Tot acest autor a demonstrat acțiunea terapeutică a alifiei *Philoninice* (care conține 0,25 gr. colesterolă) în tratamentul plăgilor chirurgicale. Stamer recomandă această alifie în diferite boli de piele.

Fermentii. Unii fermenți — cum ar fi pepsina și pancreatina — își găsesc întrebuințarea încorporați în alifii, în cazurile în care urmărim o digestare a părților necrotice sau a keloidelor. Amintim în această ordine alifia *Pankreasdispert* și *Unguentum Encymi Comp.* pe care Fehr le recomandă în tratamentul ulcerelor crurale. Fischer întrebunțează în cazurile de lupus eritematos „*Physolvasalbe*”, care conține pancreas dispersat în concentrație de 2% încorporat în vaselină. Preparatul *Läsiolan* (Kallchemie) conține săruri de rhodan și potasiu, enzime triptice și un anestezic local, încorporați într-o alifie neutră. *Regenit* (Curta) conține 1—1,5% ferment pancreatic și are aceleași indicații. Uliczka obține rezultate bune cu *Pancrederma—Wundsalbe* (Stockhausen), care conține ferment pancreatic încorporat în oleu de pește — lanolină și pastă zincată aa. Această alifie se întrebunțează în cazurile de combustii și ulcere crurale cu rezultatele cele mai bune. *Mucidan—Nasensalbe* se aplică în cazurile de răceală (catar), iar *Uwe-Salbe* (Dipplid—München) este indicată în cazurile de ulcer crural, decubitusul și intertrigo, conținând bilă de bou în concentrație de 1% și 10% ceară în vaselină.

Drojdia. O găsim în unele alifii recomandate de cosmeticieni. Firma Suvek a scos un astfel de preparat în care drojdia este încorporată în glicerină și „*Lanettewachs*”.

Am căutat în lucrarea de față, ca să studiez în mod critic și sintetic problema aplicării vitaminelor în dermatologie. Concluziile care se desprind din acest studiu cred a fi următoarele:

1. Vitaminoterapia și-a găsit un loc fericit în terapia bolilor de piele.

2. Corelațiunile dintre anumite dermatoze și unele deficiențe vitaminice, sunt în lumina cercetărilor actuale incontestabile.

3. În aceste dermatoze, administrarea per orală sau per cutană a vitaminelor reprezintă un tratament adjuvant prețios celui local.

4. La baza problemelor dermatozelor alimentare, va trebui să punem desigur și pe aceea a unei alimentații cu aport suficient vitaminic.

5. Aplicarea percutană (în alifii) a vitaminelor reprezintă un proces terapeutic în general, și unul special pentru dermatolog.

6. În multe cazuri în care tratamentele nu duc la rezultatele dorite, dermatologul nu va trebui să uite și această posibilitate terapeutică recent achiziționată, a aplicării percutane a vitaminelor.

7. În această problemă desigur că experiența și cazulistica mai au multe de spus.

Bibliografie

1. Arizt—Zieler: Die Haut u. Geschlechtskrankheiten, vol. I. 281—359; II pag. 28—628.
2. Prof. Dr. Gr. Benetato: Problema alimentației. Pag. 60-107.
3. Bircher: Hautkrankheiten und ihre Heilung. pag. 12.
4. Bologa E.: Antagonismul vitamino-Hormonal, Ardealul Med. Nr. I, 1941, pag. 35.
5. Czetsch—Lindewald—Schmidt—La Baume: Salben u. Salbengrundlagen, Pag. 112—119.
6. Eitner—Karpelis: Kosmetische Therapie.
7. Janistyn H.: Kosmetisches Praktikum, vol. I pag. 36-38, II pag. 150—153, III pag. 257.
8. Keller: Behandlung der Hautkrankheiten pag. 179—182.
9. Nouvelle Pratique Dermatologique vol. V pag. 665, VI 40.
10. Parhon: Manual de endocrinologie vol. III pag. 319—525.
11. Stepp—Kuhnau—Schroeder: Die Vitamine und ihre klinische anwendung.
12. Richaud—Hazard: Pharmacologie pag. 1043—1056.
13. E. Urbach: Hautkrankheiten und Ernährung pag. 28, 29, 34, 37, 40, 180.

SPITALUL DE BOLI SOCIALE — BRAȘOV
Medic Primar Director: Dr. Emil Colbazi

Medicină de războiu

Afecțiunile auriculare din punct de vedere medico-militar*)

de

Medic Locot. Dr. Șt. Gârbea

Problema afecțiunilor auriculare e poate cea mai dificilă parte din toată patologia medico-militară. Organul auditiv care este atât de complex din punct de vedere anatomic și fiziologic, trebuie să fim cu foarte mare atențiune, atunci când ne pronunțăm asupra stării lui fizio-patologice.

Câtă vreme și astăzi dăinuiesc o serie de teorii asupra mecanismului producerii auditivului, e foarte greu să enunțăm matematic gradul acestei funcții fiziologice.

Lăsând la o parte căile nervoase auditive, care se întind de la labirint prin căile atât de complexe nervoase până la centrul acustic cortical din prima convoluție temporală și de-a lungul cărora atâtea afecțiuni pot produce turburări auditive centrale.

Urechea propriu zisă, atunci când îl studiem starea patologică trebuie să avem în vedere întotdeauna interdependența cavităților specialității noastre, care este atât de strânsă, încât oricărui bolnav auricular trebuie să i se facă și un examen al nasului și faringelui.

Sunt nenumărate afecțiunile nasale care prinând și mucoasa trompelor Eustache, influențează auzul la orice varietate de temperatură sau când soldatul face eforturi prea mari.

În aceste momente, funcția auditivă fiind redusă

se pot comite greșeli radicale în materie de tactică militară.

Afecțiunile auriculare din punct de vedere medico-militar, se pot împărți în două grupuri; unele câștigate în timp de pace și al doilea grup îl formează cele mai importante, câștigate în timp de războiu.

Afecțiunile urechii externe, pe lângă cele congenitale ca diferite malformații ale pavilionului, atrezii ale conductului, întâlnim în mediul militar deformații ale pavilionului consecutiv otomielomului infectat, produs de traumatisme repetate și chiar minime (trasul de urechi, etc.).

Degerăturile pavilionului pot duce de asemenea la deformația lui. Mutările pavilionului prin smulgerea lui totală, sau atrezii câștigate ale conductului, se pot întâlni mai des după plăgile de războiu. Toate celelalte afecțiuni ale urechii externe nu prezintă nicio importanță din punct de vedere medico-militar, de cât în măsura în care este alterat auzul. Trecând la urechea medie, se știe că majoritatea afecțiunilor auriculare întâlnite în armată aparțin urechii mijlocii.

Otitile medii cronice sunt acele care furnizează cele mai dese cazuri în patologia auriculară medico-militară și se împart și ele în două grupuri: supurate și nesupurate.

*) Reuniunea științifică Medico-Militară a Armatei a III-a (Sedința din 26 Aug. 1943).

Formele supurate sunt cele mai des întâlnite în armată, majoritatea lor datând din copilărie. Starea de debilitate a copiilor, lipsa de nutriție, dar mai ales înfatismul cu prezența vegetațiilor adenoidale, care infectează și întrețin supurația casei timpanului. O altă cauză a lor o constituie bolile infecțioase, în special scarlatina, difteria și febra tifoidă.

Toate otitele supurate care curg neîncetat până la vârsta adultă se complică cu osteita osicloarelor, a pereților casei timpanului sau cu polipoza auriculară.

Toți acești bolnavi în vîlea civilă nu sunt supuși la eforturi și la îndatoriri atât de importante ca în armată. De aceea nu putem spune nicodată, că un otoreic este capabil să depună eforturi fizice în vîlea civilă, poate face acest lucru și în vîlea militară, unde se pretinde un program foarte ordonat și o atențiune deosebită în serviciu.

Căți otoreici cronici pe care i-am tratat în vîlea civilă i-am întâlnit în mediul militar cu diferite complicații auriculare, datorită efortului la care au fost supuși, ca exerciții de luptă în timpul friguros sau plouos, serviciul de gardă din timpul iernii etc.

Am întâlnit astfel toată gama complicațiilor otitelor supurate cronice: mastoidite reîncălzite, paralizii faciale, toate formele de abcese cerebrale, septiceмии otice prin prinderea sinusului lateral și al golfului jugular. Meningițele otice au fost însă cele mai frecvente.

Toate aceste complicații au necesitat intervenții în care evldarea petro-mastoidiană e o regulă după care conform regulamentului, în mod automat urma reforma.

Din aceste considerații, se impune o strictă revizuire a încorporațiilor din punct de vedere auricular și clasarea lor dela început la un serviciu auxiliar, potrivit stării lor fizio-patologice auriculare. Să se menționeze la diagnostic și etiologia lor infecțioasă. Otitele post-scarlatinoase, difterice, tifice, în majoritatea lor nu se pot bucura de un tratament radical în mediul militar și internarea lor în spital să fie indicată numai în cazul ivirii unor complicații serioase.

Toate aceste otite trebuie să se bucure de un serviciu auxiliar ferit de atmosfere răcoroase, eforturi fizice prea mari, căci altfel acești soldați trec automat la reformă, prin complicațiile auriculare, care pot surveni în orice moment.

De asemenea trebuie să dăm o atenție specială otitelor supurate cronice polipoase, care trebuiesc reformate dela început, dacă leziunea e bilaterală, indiferent de gradul auditivei. Supurația interminabilă cu retențiile datorite maselor polipoide, care trebuie înlăturate la intervale neregulate, face ca acești soldați să se plimbe dintr'un spital în altul, prejudiciind foarte mult armata și statul.

Dintre afecțiunile urechii medii câștigate în războiu, amintim mai întâi leziunile timpanului, unele directe care sunt de obicei asociate cu alte răni și sunt datorite mai mult proiectilelor. O ruptură a timpanului se însoțește de otoragie, durere uneori foarte violentă, văjelturi și un oarecare grad de surditate. Traumatismele indirecte sunt consecutive compresiunii aerului în conduct, în urma detonărilor puternice. Când rupturile timpanului sunt însoțite de pierderi de substanțe, de obicei ajung la supurații cronice dacă nu se menține o dezinfectație riguroasă imediat după rănire.

În astfel de cazuri am avut mari dificultăți de ordin medico-militar, fiindcă comisiile de clasare cereau mereu să se precizeze etiologia supurației auriculare, dacă e sau nu datorită unui traumatism de războiu. Dacă rănitul nu se prezintă în primele două zile după rănire, urechea se infectează prin intermediul timpanului perforat și etiologia supurației e foarte greu de stabilit. De aceea se impune un examen auricular tuturor încorporațiilor, mai ales că mulți își ascund uneori otitele supurate, pentru ca să profite de aceasta situație la momentul oportun.

Traumatismele pereților casei timpanului pot fi izolate sau asociate cu ale labirintului, în fracturile de bază.

Urechea internă este cea mai delicată parte din punct de vedere fizio-patologic atât în observațiile medico-militare cât și civile.

Traumatismele labirintului prin armele de foc sunt rar limitate numai la urechea internă.

Proiectilele pot interesa deodată cele trei porțiuni ale urechii.

De obicei aceste plăgi sunt penetrante în endocraniu și au un prognostic foarte grav din cauza complicațiilor meningo-encefalice care sunt mortale.

Intervenția de urgență în aceste cazuri e o regulă absolută, așa cum am avut o serie de răniți în acest spital. Ca după orice traumatism cranian răniții în majoritate se găsesc în stare de comă, cu pierderea cunoștinței, otoragie sau scurgere de l. c. r. prin conduct, eventual paralizie facială de tip periferic etc.

După ce își revin, constatăm la ei o surditate de recepție parțială sau totală.

Dacă e atins și vestibulul rănitul prezintă un nistagmus spontan.

Chiar dacă sunt operați la timp și vîlea acestor răniți e salvată trebuie să avem în vedere complicațiile tardive ale acestor plăgi cranio-auriculare cum sunt turburările psihice (halucinații auditive, când se produce o leziune a centrului auditiv cortical din prima circunvoluție temporală).

Cefaleea persistentă, epilepsia Jacksoniană, toate în de leziunile cicatricele endocranene.

Urechea internă mai poate fi interesată în fracturile bazel craniului care sunt foarte frecvente în accidente de război.

Stânca temporalului contrar denumirii de „stâncă” este foarte vulnerabilă și puțin rezistentă, fiindcă cuprinde o serie de canale și orificii. Se produc de obicei fracturi transversale care iradiază dela boltă, interesând într-un mare număr labirintul, unul sau bilateral. Rănitul după ce își revine din starea de comă inițială, poate acuza vertij și șomote subiective de partea leziunii.

Pe lângă semnul capital de l. c. r. hemoragic la cel cu fractura bazel, otoragia este un semn frecvent sau scurgerea de l. c. r. din conduct. Otoragia datorită rupturii carotidului interne la nivelul stâncii e excepțională și aduce moartea rapid prin abundența sa, (citez cazul văzut la un accident de autocamion). Echimozele retro-auriculare apar imediat, pe lângă cele palpebrale care sunt tardive. Mai apar, paralizia facială periferică, a motorului ocular extern (stăbism, diplopie, atingerea trigemenului etc.

Când urechea și vestibulul intră în linia de fractură, funcțiile lor sunt complet distruse. Când linia de fractură este alătura, atunci se produc hemoragiile labirintice sau hemoragiile care comprimă nervul acustic, prima cu inexcitabilitate labirintică definitivă și a doua cu inexcitabilitate durabilă.

La aceste cazuri din punct de vedere militar ne interesează mai puțin complicațiile imediate ale acestor fracturi (comoșla, contuzia, compresia) sau cele secundare infecțioase (otite, meningite, etc.), mai mult complicațiile tardive, care sunt sechelele traumatismului: cefaleea persistentă, turburări psihice (reducerea memoriei, alterarea caracterului) epilepsia Jacksoniană și turburările labirintice, pentru coclee: șomote subiective și surditate de recepție în diverse grade, iar pentru vestibul: vertijii rebele și turburări de reflectivitate.

Acest sindrom vestibular tardiv poate fi însoțit în fracturile stâncii de un sindrom de hipertensiune în fosa cereberoasă, ca un fel de urmare îndepărtată a traumatismului cranian. La proba calorică Eaglton a arătat în aceste cazuri excitabilitatea normală a canalelor orizontale și lipsa de excitabilitate a celor verticale. La proba rotatorie avem o hiperexcitabilitate a canalelor orizontale. Aparatul otolitic după Quix poate fi atins în diverse grade.

Această simptomatologie are o deosebită importanță în vederea clasificării tardive a rănitului.

Dificultăți și mai mari în stabilirea unei situații medico-militare le întâlnim în traumatismele sonore ale labirintului, un fel de acțiune nocivă a sunetelor puternice. Acțiunea aceasta nefastă a sunetelor asupra

urechii interne se poate produce în trei împrejurări deosebite după gradul sunetelor.

Sunetele violente (exploziile mari de obuze) pot produce așa numita surditate de deflagrațiune, cu sau fără ruptura timpanului. Aceste sunete violente prin compresune și decompresune bruscă a aerului produc surditate totală și definitivă, când survine o hemoragie labirintică. Alteori leziunea labirintică e minimă cu surditate ușoară și trecătoare.

Sunetele puternice și repetate ca cele produse de tirul artileriei pot produce surditate labirintică la artileriști. Surditatea aceasta a artileriștilor e caracteristică pentru sunetele înalte, cele joase fiind auzite normal. Pentru a evita comoștile labirintice în timpul tirului s'a hotărât să se astupe conductele auditive cu tampoane cu vată, mutate în substanțe oleoase.

Sunetele mai puțin puternice însă prelungite, stridente, pot produce surditățile profesionale la cazangii, fierari, pletrari, etc. În viața militară aviatorii din cauza șomotului continuu a motoarelor pot face astfel de surdități. Acest fel de surditate se pune în discuție numai după 10 ani de profesune sau mai mult.

Chiar și șomotul marilor orașe, este vătămător pentru organele auditive ale locuitorilor, dând stări de oboseală nervoasă.

Alterările coclei în toate amănuntele și histologice, datorite șomotelor puternice sau prelungite au fost experimentate pe animale de o serie de autori moderni, cu rezultate foarte concludente.

Tot în timpul războiului se semnalează numeroase cazuri de surditate sau surdo-mutitate histerică, traumatică, care survin după traumatisme acustice violente. O explozie puternică nu produce întotdeauna hemoragie labirintică. Astfel foarte multe surdități de felul acesta, sunt surdități histerice, consecutive traumatismelor sonore intense și care în războiul trecut s'au vindecat complet la semnarea păcii.

La început, cele trei reflexe cocleare, sunt păstrate, cu timpul pot să dispară și atunci vin greutățile de diagnostic.

În aceste cazuri de histerie, turburările vestibulare le întâlnim excepțional. La o surditate totală, când reacțiile vestibulare sunt normale, cazul pledează pentru histerie.

...

Ca încheiere se constată că afecțiunile auriculare sunt foarte frecvente și variate în mediul militar.

Analizând pe rând aceste afecțiuni din punct de vedere medico-militar și raportându-ne mai mult la prognosticul lor, ne dăm seama că anumite modificări a unor chestiuni din regulamentul pentru aptitudinile militare din punct de vedere otologic sunt foarte necesare și judicioase.

ANEMOCIT

Injectii à 2 cmc.

Extract de ficat injectabil, bine desalbuminat și dehidratat
Cutii cu 5 fiole à 2 cmc.

Anemii pernicioase, gravidice, convalescență.

ANEMOCIT FORTE

in fiole à 5 cmc.

Extract de ficat injectabil, bine desalbuminat și dehidratat
Cutii cu 5 fiole à 2 cmc.

Anemii pernicioase, gravidice, convalescență.

ANEMOCIT DRAGELE

Flacon à 30 bucăți

Formula :

Principiu antianemic din ficat	0,03	gr.
Protoxalat de fier	0,05	"
Complex vitaminic B din drojdie	0,10	"
Extract de mucoasă stomachică	0,10	"
Excipient aromatizant pe bucată.	0,25	"

Anemii pernicioase, gravidice, convalescență.

CEREBROTONIN

Tonic reconstituant pe bază de glicerofosfați, extract de ficat și vitamina B.

Forma A cu arsen

Formula :

Glicerofosfați/Ca, Fe, Na și strichnină	3%
Vitamina B, extract concentrat	2%
Extract de ficat concentrat	1%
Gluconat de calciu	1%
Clorură de magneziu	0,5%
Formulat de sodiu	0,2%
Extract de cola	1%
Metilarseniat de sodiu	0,05%
Clorură de mangan	0,02%
Excipient aromatizant q. s. ad. 100 cmc.	

Forma B fără arsen

Formula :

Glicerofosfați/Ca, Fe, Na și strichnină	3%
Vitamina B extract concentrat	2%
Extract de ficat concentrat	1%
Gluconat de calciu	1%
Clorură de magneziu	0,5%
Formulat de sodiu	0,2%
Extract de cola	1%
Clorură de mangan	0,02%
Excipient aromatizant q. s. ad. 100 cmc.	

Stări de slăbiciune nervoasă, anemie, depresiune, neurastenii, surmenaj, convalescență.

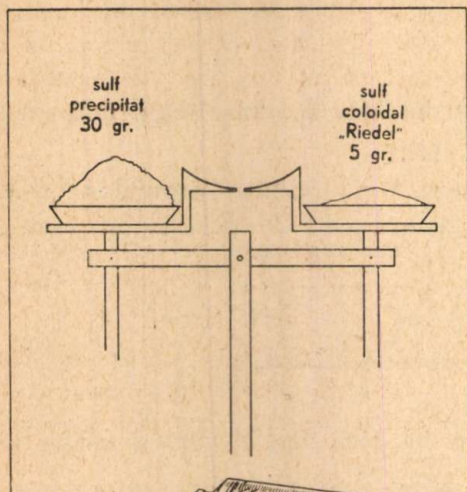
Mostre și literatură :

„NEOFARM“ Laborator Chimico-Farmaceutic

București V, Calea Vitanului 11 — Telefon 5.73.46.

CATAMIN

conține SULF COLOIDAL



Grație concentrației mici se evită iritațiunile.

Acțiunea puternică este asigurată prin dispersiunea în particule mici.

Indicațiuni:

Scabie
Pitiriază
Eczeme
Prurigo
Intertrigo
Acnee



Forme de prezentare: Tuburi de 30 și 55 gr.

J. D. RIEDEL E. de HAËN, A.-G. BERLIN-BRITZ

Reprezentant pentru România: **RUDOLF FOREK**

București III, Str. G-ral Eremia Grigorescu, 6

SYMPATOL

PENTRU INIMĂ ȘI CIRCULAȚIE

Indicațiuni:

Slăbiciune vasculară cu tensiune sanguină scăzută:

Convalescență - Hipotonie - Sarcină - Turburările bătrâneții

Vătămare generală a circulației:

Gripă - Difterie - Tuberculoză - Febră tifoidă - Pneumonie

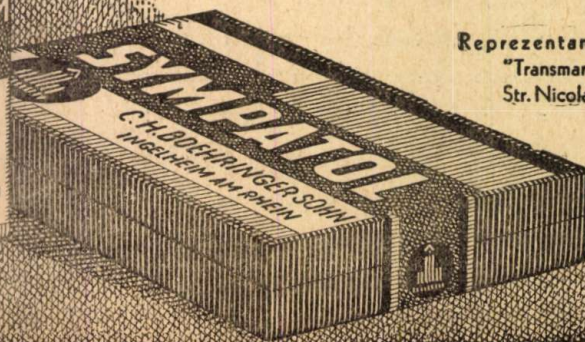
Colapsuri grele:

Operațiuni - Nașteri - Hemoragii - Șoc

Forme de comerț: lichid 10% și fiole à 0,06 gr.

Reprezentanță:

"Transmare" S.A.R. de Import și Export,
Str. Nicolae Golescu 15, București III



Pentru a putea însă documenta schimbarea unor puncte din acest regulament, trebuie să cerem legiuitorului militar, o lămurire de felul cum înțelege condițiile de repartizare și de clasare a răniților de războiu și a accidentaților de războiu. (Exemple de nelămurire am întâlnit suficiente). De asemenea trebuiesc lămurite condițiile de îndeplinire a unui serviciu auxiliar; la care a fost repartizat rănițul sau accidentatul.

Cu privire la afecțiunile urechii externe: lipsa totală a pavilionului sau mutăririle lui prin smulgere totală, mai ales în timp de războiu, să nu se bucure de reformă, ci de serviciu auxiliar, fiindcă prin acest serviciu soldatul e scos din situația de ridicol, ne mai făcând pe combatantul alături de camarazii lui și nu mai intră în discuție chestiunea estetică.

De asemenea afecțiunile conductului auditiv să fie clasate numai în raport cu gradul auditivei.

Evidarea petro-mastoidiană, a fost mereu un motiv de discuție în chestiunea clasării, mai ales că se pot face anumite abuzuri cu privire la indicația operatorie. De aceea evidarea petro-mastoidiană, urmată de o clatrice regulată și dacă n'a fost deschisă cavitatea craniană în cursul intervenției, este compatibilă cu serviciul militar auxiliar.

Ca o completare a-și propune ca după închiderea plăgii de evidare, să i se acorde bolnavului un concediu de câteva luni, după care dacă n'a apărut nicio fistulă sau un vertij postoperator de un grad oarecare, soldatul să fie trecut la serviciul auxiliar.

Mai adaug că această modificare de regulament o întâlnim și în regulamentele străine, unde specialitatea oto-rino-laringologică are un trecut mai vechi decât în țara noastră.

SPITALUL 7 CAMPANIE

Medic Șef: Lt. Colonel, Dr. C. Stoian.

Cazuri clinice

Osteo-Sarcom gigantic al femurului stâng

de

Dr. C. Găitulescu

Medic Primar Chirurg Spitalul C. F. R. Simeria

În colonia, unde am fost sortit să fac chirurgie, singura satisfacție pentru și după o muncă aspră, este lectura în orele de repaus.

Mi-am procurat și am citit aproape toate cărțile de chirurgie și specialitățile sale apărute în românește în ultima vreme.

Din acestea nu putea să lipsească tratatul de chirurgie al D-lui Prof. Pop, Profesor de chirurgie de la clinica chirurgicală ardeleană Cluj-Sibiu.

Ca și în celelalte tratate, pentru planșe, se recurge totuși la tratatul străin sau publicația străină.

Pentru a remedia această stare de lucruri, mi-am propus ca acele cazuri din Spital, sau din Ambulanță, care pot ilustra un capitol de patologii chirurgicale, să le public fotografiate în publicațiile medicale cari îmi vor înlesni aceasta.

Autorii pot împrumuta aceste planșe, fără cerere specială, respectând uzanța împrumutului.

Bolnavul I. I. de 20 ani, student, vine la serviciul de consultații cu o tumoră enormă înglobând 1/2 inferioară a coapsei, genunchiul și 1/3 superioară a gambei stângi. Tegumentele ulcerate pe fața anterioară sunt foarte întinse; pe rest vene multe și foarte mari (safena internă stângă este cât policele).

Circonferința în punctul cel mai depărtat este de 165 cm. Consistența este variată, delă fluctuație de lichid la os. Evoluția este de un an. Are temperatură între 37.5—38°.

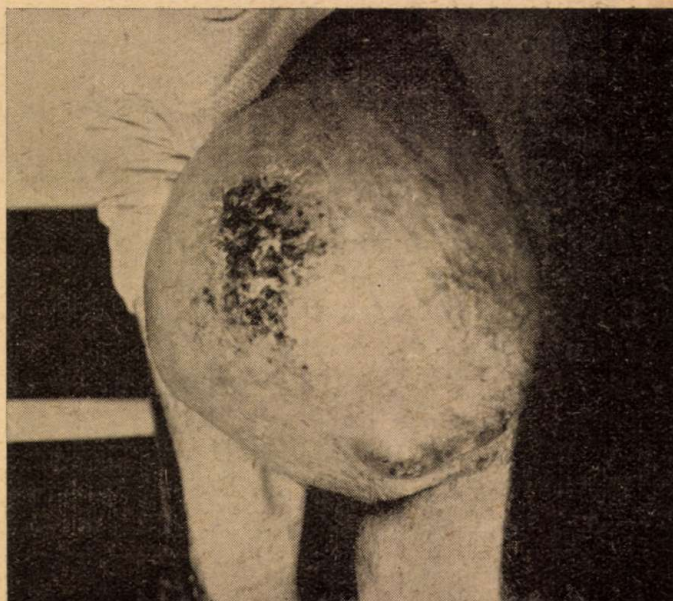
E slăbit, astenic, palid; când tumora era mai mică, durerea era mai mare.

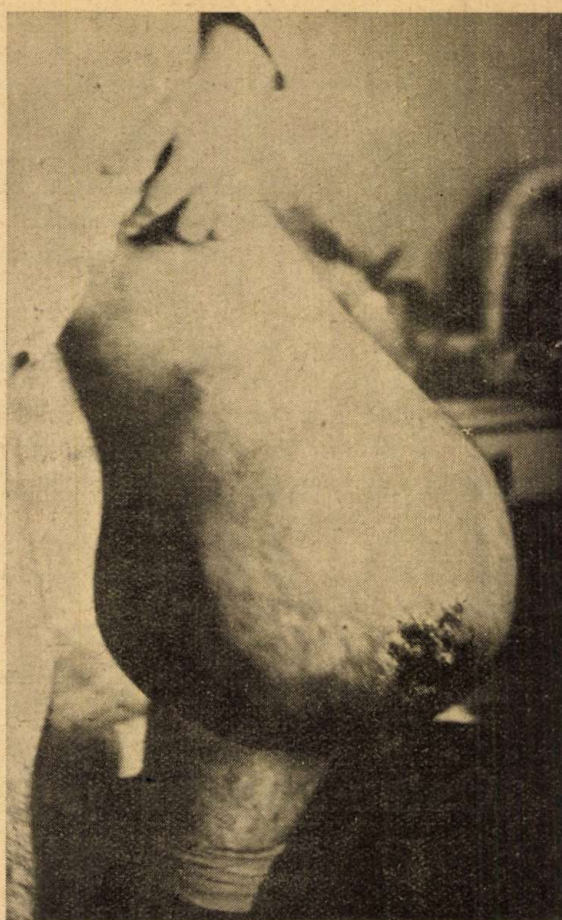
Acum s'a mai liniștit. Merge cu greutate. Mișcările genunchiului sunt foarte reduse.

I-am propus operație. A acceptat-o cu greutate, fiind vorba de o desarticulație a coapsei stângi.

Chiar în ziua operației face o embolie și sucombă.

Cliseele prezentate sunt o fotografie din față și 2 din profil, una externă și alta internă.





Medicină socială

Date statistice asupra Cancerului din România

de

Dr. Od. Apostol

Cancerul, la noi în țară, se pare, după datele statistice ce le avem la îndemână, că trebuie considerat a doua boală socială după *tuberculoză*.

În anul 1935 a dat 7% din totalul morților la grupa de vârstă 45—54 ani.

Cancerul e de trei ori mai răspândit la orașe decât la țară.

Ardealul și *Bucovina* are procente cele mai mari. Maximum e deținut de *Banat*.

E mai rar în *Dobrogea*, *Oltenia* și *Muntenia*.

Media în 1934—5:

Mortalitate prin cancer la noi, la 100 mii locuitori.

Întreaga țară 43. În orașele din România 98. În satele din România 30. În satele din *Oltenia* 17, *Muntenia* 18, *Dobrogea* 15, *Moldova* 26, *Basarabia* 24, *Bucovina* 55, *Transilvania* 45, *Banat* 56, *Crîș-Maram.* 43.

În 1936:

Morți de cancer și alte tumori maligne:

8,479. (43,9‰/0000) din care 23,1‰/0000 la t. digestiv și peritoneu și 9‰/0000 la uter.

Procentul e mai mare la orașe decât la sate, unde se deplasează mai greu.

Mai multe decese printre femei, decât printre bărbați.

* * *

Lucrări mai importante în legătură cu *cancerul* la noi în țară (mortalitatea prin cancer și alte tumori maligne) sunt:

1. *Dr. Gh. Răcoviță*: Decesele prin cancer în România, în anul 1930. (în „Rev. Sănătatea publică”, An. XLIV, Nr. 1—12. București, 1932).

2. *Dr. Gh. Răcoviță, Dr. I. Jovin și Chibulcoteanu I.*: Distribuția geografică a cancerului în România. (Comun. Congres Internațional al Cancerului. Bruxelles, IX 1936.) și

3. Dr. Georgescu C. D., directorul oficiului de studii din Inst. Central de statistică al României:

Mortalitatea prin tumori maligne în România (București, 1939).

E o lucrare extrem de importantă pentru medicina socială. E o contribuție extrem de prețioasă pentru medicina socială.

E începutul și fragmentul unei monografii vaste asupra problemelor la noi, a *tumorilor maligne* și a *cancerului*.

Din această lucrare foarte muncită și prețioasă aflăm cele ce urmează:

În țara noastră ar fi circa 16—18 mii de cazuri manifeste de cancer.

În mijlocul mor la noi în țară anual circa 7950 dintre care: cca 3400 (43,2%) la orașe și 4500 (56,8%) la sate, de *tumori maligne*.

Față de populație, proporția medie anuală a *deceselor prin cancer* la 100.000 locuitori a fost în anii 1931-8 de 41,9% în întreaga țară (95,8% în mediul urban).

Cancerul e mult mai frecvent la orașe decât la sate.

Mortalitatea prin cancer la noi în țară e în continuă creștere.

Decese la 100 mii loc. prin tumori maligne: Transilvania 53,5, Crișana-Maramureș 55, Bucovina 64,3, Banat 66,6.

Județele cu procente mari: Timiș-Torontal 86,4, Cernăuți 82,3.

Județ cu procent foarte mic: Durostol 12,9.

Cele mai numeroase cazuri de *cancer* sunt cele ale tubului *digestiv* și *scritoneu*.

Tumori maligne ale apar. respirator: 6,9 decese la 100 mii loc. în mediul *urban*.

Femeile plătesc *cancerului* tributul cel mai mare.

De asemenea și altor tumori maligne. (59% ; cancerul 35%).

În ceea ce privește vârsta: Sub 25 ani 1,2‰ De 65 și peste 65 ani 323,8‰

În mediul rural *mortalitatea* grupelor de vârstă dela 65 ani și peste e numai de 190 ori mai ridicată decât cea a populației de 0—24 ani.

E mai ridicată la femei decât la bărbați în prima epocă a vieții: 25—54 ani mai ales.

La grupul de vârstă 55—64 ani mortalitatea celor 2 sexe se apropie ca nivel foarte mult. Dela 65 ani în sus mortalitatea la bărbați e mai mare decât cea la femei.

Dintre 100 de bătrâni în vârstă unul moare în fiecare an de cancer.

Mortalitatea prin tumori maligne e mai frecventă în lunile Aprilie—Septembrie.

Luna August e nefastă. Nu am putut găsi explicația nici noi și nici la vreun autor.

Statisticile arată că decesele prin tumori maligne la:

Văduvi	e de	210	} la 100 mii locuitori.
Văduve	" "	187	
Divorțați	" "	128,5	
Căsătorii	" "	74,9	

Problema sănătății servitorilor agricoli din mediul rural

de

Dr. Vasile Moțoiu

medicul circumscripției Roșia—Sibiu

Având în vedere caracterul pur agricol al țării noastre, problema muncitorilor agricoli va trebui privită în tot complexul ei, ea constituind un vast capitol din marea problemă a muncitorului, implicit a muncii, și a cărei deslegare va fi în funcție de o justă observare și o largă înțelegere a sănătății publice a mediului rural și în special a mizeriei fizice și morale în care se sbate un număr destul de mare de tineri, între vârsta de 10—20 ani, muncind din zori de zi și până în miez de noapte, — până la extenuare — ca angajați agricoli cu anul, — simbriași cu anul, — slugă cu anul.

Spre a găsi soluții optime în ceea ce privește rezolvarea integrală și definitivă a acestei probleme,

dintr'un început studiul problemei muncitorului agricol va trebui să aibă ca bază principiile anunțate de A. Imbert încă din secolul al XVI-lea, în Franța, la congresul internațional de Higienă și Demografie, precum și justa confirmare a acestui autor în „Studiul științific al muncii”, că: *observațiile trebuiesc făcute direct asupra lucrătorului și urmărite pe șantier și în uzină, iar pentru a studia și observa munca este absolut nevoie să pătrunzi în atelier și uzină*“. Ca un corolar al citatului de mai sus putem spune: o înțelegere completă a problemei muncitorului agricol va fi atunci când vom avea ca principii fundamentale de organizare, observarea directă pe teren în mediul rural, excluzând completamente informațiile accidentale și ipotezele făcute

de cei ce nu cunosc problemele de sănătate a mediului rural decât din auzite sau din informații sumare culese în fugă, inerente curiozității.

Ca în multe alte probleme de sănătate publică, medicului de circumscripție rurală îi revine greaua sarcină de observator direct, constatând cu multă durere reducerea ca număr și scăderea calitativă a capitalului nostru biologic, atât de scump și totuși atât de puțin apreciat.

Dacă vitregia vremurilor ce le trăim n'a putut mișca încă inimile împetrite ale așa zișilor „stăpâni“, ce au asemenea angajați, o datorie sfântă al acelora ce au în mâinile lor conducerea acestei națiuni, sub raportul sănătății, este de a interveni cu un ceas mai de vreme, acordând toată atenția și tot sprijinul acestei clase sociale din mediul rural.

Omenii aceștia modești, tineri din familiile cele mai numeroase cu 7—8 copii, lipsiți completamente de strictul necesar existenței lor, sunt absolut nevoiți să accepte din frageda copilărie orice ofertă de serviciu, angajându-se ca servitori anuali, având o simbrerie infimă în raport cu munca titanică ce prestează, trăind în cele mai grele condiții de igienă și sănătate.

Cele ce urmează nu sunt decât rezultatul unor reale observații zilnice, ecoul unor mari dureri, consecința exploatarei nemiloase al acelora ce-și câștigă pâinea cea de toate zilele prin munca fizică manuală, de multe ori atât de brutală și istovitoare. Impresionat adânc de tragedia acestor oameni, am crezut de cuviință să descoper cu toată obiectivitatea promiscuitatea în care trăesc. Toate binefacerile civilizației par să fie făcute numai pentru o anumită categorie de indivizi. De ce atâta deosebire între muncitorul industrial și cel agricol? Comparând standardul de viață al acestor două categorii de muncitori, se constată un dezechilibru accentuat, muncitorul industrial fiind favorizat sub toate raporturile — social, moral, cultural, sanitar etc. De sigur, că nu este aci locul de a face un studiu comparativ al acestor două categorii de muncitori, spațiul unui articol fiind necuprinzător problemei în întregime, ceea ce mi-am propus este de a prezenta două din componentele principale ale problemei muncitorului agricol, starea igienică în care trăiește și sănătatea acestui muncitor.

Starea igienică în care se găsește acest exploatator al solului, binecuvântând cu munca brațelor, rodul lui, este inexistentă. Din anchetele făcute pe teren, în 8 comune, timp de 6 ani, reiese că 96% din totalul acestor servitori dorm în grajdul comun cu vitele, neavând nici cel puțin posibilitatea de a-și satisface infima pretențiune de a-și odihni trupul sleit de munca zilnică într'un adăpost modest. Spre a avea o imagine cât mai clară a situației, o descriere succintă a locuinței servitorilor agricoli, precum și a confortului lor se

impune neapărat. Locuința acestora sau mai precis locul de odihnă din timpul nopții este grajdul vitelor cu întreaga lui ambianță — lipsa totală de lumină, ventilație, cubaj, încălzire etc. — având în plus atmosfera încărcată cu toate degajările inevitabile descompunerii bălegarului și urinei, precum și rezultatele schimburilor respiratorii ale vitelor.

În asemenea condițiuni de traiu pe drept cuvânt ne putem întreba: în ce măsură beneficiază muncitorul agricol de acea locuință igienică impusă tuturor întreprinderilor industriale?

Studiind problema locuinței în întreg complexul ei, constatăm că patul muncitorului agricol este o improvizatie — un fel de cutie — construită la întâmplare din câteva resturi de scânduri, având lungimea de 120—140 cm., iar lățimea de 40—50 cm., fiind așezată între vite, având un triplu rol: separator de vite, garderoba servitorului și locul propriu zis de odihnă — patul. Împrejurările grele, în care sunt obligați a trăi acești muncitori, nu le oferă posibilitatea de a-și permite o odihnă cu adevărat reconfortabilă, ei fiind siliți să doarmă îmbrăcați și încălțați așa cum vin dela muncă. Cât privește curățenia corporală și spălarea schimburilor este cât se poate de defectoasă, făcându-se în cel mai fericit caz la 2—3 săptămâni; 70% din ei fiind obligați să-și spele singuri efectele, fie din nepricepere sau lipsă de timp, această operație se face într'un mod cât se poate de superficial.

Analizând aceste câteva considerațiuni generale de igienă, ajungem la concluzia că toți cei ce trăesc în asemenea condiții sunt expuși la o serie întreagă de infecțiuni locale și generale, cu repercusiuni grave în dezvoltarea fizică a individului. Dat fiind faptul că majoritatea acestor servitori se găsesc la vârsta de 10—20 ani, fiind în plină epocă de dezvoltare, pericolul va fi și mai mare, împingând un număr considerabil din ei în brațele cruntei și nemiloasei boale — tuberculoza.

Dacă această situație a locuinței constituie un caracter grav, latura medicală este și mai gravă. În majoritatea cazurilor, 86% din bolnavii acestei categorii de muncitori n'au putut beneficia de asistență medicală decât de o singură consultație medicală și aceasta făcută în stadiul cel mai grav al boalei, iar urmarea la tratament, în vederea vindecării, a fost neînsemnata cifră de 9%. În anamneza tuturor acestor bolnavi se evidențiază ca o cauză principală și determinantă a agravării boalei, neîngăduirea stăpânilor de a se prezenta la consultații medicale. Toți, dar absolut toți acești bolnavi, pe lângă acuzele propriu zise boalei de care suferă, se plâng de marea neînțelegere a stăpânilor care nu le permit lipsa dela muncă în vederea căutării sănătății, iar în cazul când li se acordă acest favor, servitorul este obligat, pe tot timpul boalei, să-și pună înlocuitor sau i se reține din simbrerie suma echivalentă

Produse „Ufarom“ fost Egger Cluj-București

**Noua terapie specifică a tuturor
infecțiunilor strepto-stafilococice cu**

Septamid Sulfamidă albă.

tabl. în tub de 10 à 0.30
" " " " 20 à 0.30
" " borcane " 100 à 0.30

Medicațiune chimico-terapică din grupul P. Aminophenylsulfonamid lipsit total de fenomene toxice, chiar după administrare mai îndelungată.

Beneurin, vitamina B₁

mitte injecții 3 fiole de 1 cc à 5 mgr
forte " 3 " " 1 cc à 25 mgr

cristalizată, chimic pură. $C_{12}H_{17}OSCIHCl$.
Preparat conținând vitamina B₁, **vitamina antinevritică.**

INDICAȚIUNI: Vitamina B₁, fiind neurotropă are indicațiuni foarte variate în nevrite de orice origine și localizare, și polynevrite cu turburări spastice și paralitice etc.

C e v a l Vitamina C.

injecții 10/1 ccm 0.05
" 5/2 ccm 0.10
" 3/5 ccm 0.50

Este un preparat de acid ascorbic chimic pur.
INDICAT: În toate cazurile unde se constată o insuficiență a vitaminei C.

Hepacit Extract de ficat și mucoasă stomacală.

injecții de 2 cmc

Extrem de activ și perfectă tolerabilitate. Ameliorează rapid starea generală, iar numărul globulelor roșii și indicele hemoglobinic crește chiar dela începutul tratamentului.

INDICAT: în anemii secundare provocate de hemoragii, anemie pernicioasă, anemii consecutive maladiilor infecțioase. Protejează celulele hepatice, evită șocul operator etc., etc. Se administrează în injecții intramusculare.

Eșantioane medicale și literatură:

Laboratorul Farm. V. G. CIOCOIU
București, str. Matei Voevod Nr. 35 - Telefon 3.88-97

HEPAGEN

Extract de ficat injectabil

Pentru tratamentul anemiilor în general

POSOLOGIE: 1—2 fiole zilnic intramuscular
sau subcutanat.

In cazuri grave se pot face
4—5 fiole odată la interval
de 2—3 zile.

PREZENTARE: Cutii a 10 fiole a 2 cc.

Cooperativa
„Uzinele Sanitare Paulescu-Gerota-Sumuleanu“
București, Calea Griviței 67 — Telefon 4.98.08

zilelor cât a fost bolnav. Puși în această grea situație, loviți în propria lor existență, mulți din ei renunță de a-și căuta sănătatea, își duc boala pe picioare, continuându-și munca până la epuizare, agravându-și în felul acesta boala.

Spre a fi cât mai obiectiv, înlăturând orice urmă de suspiciune, datele statistice ce urmează vor fi cât se poate de concludente, evidențiind starea sănătății acestor muncitori.

Tabloul ce urmează cuprinde frecvența cazurilor grupate pe diagnostic, numărul consultațiilor date, precum și numărul celor ce au urmat tratamentul medical din cei 166 servitori prezentați la consultații în timp de 6 ani.

Diagnostic	Nrul cazurilor		Numărul consult	Nrul celor cu tratament
	Cifre	Procente		
Scabie	40	24 09	32	3
Furunculoză	20	12 05	22	2
Reumatism pol. art.	15	9 03	16	1
T. b. c. pulm.	15	9 03	19	2
Conjunctivită	11	6 62	14	1
Erizipel	11	6 62	13	3
Pleurezie	10	6 02	15	3
Hernie inghino-scrut.	9	5 04	9	1
Accidente	11	6 62	13	2
Venerii	7	4 02	9	2
Mușcăături de animale	5	3 01	6	1
Febră tifoidă	3	1 80	6	3
Dizenterie	4	2 40	8	4
Tetanos	3	1 80	3	3
Septicemie	2	1 20	2	1
Total	166		197	32

Din studiul datelor de mai sus se desprinde clar raportul intim ce există între apariția unor maladii și factorul adjuvant, care în cazul de față a avut o importanță covârșitoare în declanșarea acestora. Oricât de virulent ar fi fost elementul patogen, fără concursul factorului favorizant, — lipsa totală de igienă, — agentul patogen specific fiecărei boale n'ar fi fost capabil să dea un procent atât de mare de scabie, furunculoză și erizipel. Insumând procentul parțial al acestor maladii, rezultatul este îngrijorător, atingând cifra de 42,76% din totalul bolnavilor, justificând în modul cel mai concludent marele și principalul rol ce-l are în răspândirea lor, — problema igienei corporale și a locuinței necorăspunzătoare. O altă contribuție nefastă a locuințelor insalubre se verifică cu prisosință prin cifra de 24,08%, procent ce reprezintă tuberculoza, pleureziile exudative exudative și reumatismul acut poliarticular; iar boalele infecto-contagioase ca febra tifoidă, dizenteria, tetanosul și septicemia s'au remarcat prin cifra totală de 7,20%. Dacă la aceasta se mai adaugă marele număr de accidente, 16 cazuri, majoritatea producându-se în timpul somnului, fiind cauzate prin con-

tuzia vitelor și mușcăături de șobolani — cinci cazuri, — precum și considerațiunile de ordin general ca: pediculoza 46%, onania 39%, [rezultatul izolării și lipsei complete de control] — alcoolism 12%, tabagism 89%, analfabeți 63%, subnutriți 47%, concluzia la care ajungem este cât se poate de grăitoare că acești muncitori trăiesc în cea mai neagră mizerie sub raportul igienei și al sănătății.

În ceea ce privește alimentația și igiena muncii se constată aceeași situație grea. După cum bine știm, problema alimentației fiind una din cele mai importante probleme a vieții, ea având o mare responsabilitate în buna funcționare a organismului, pe drept cuvânt putem spune că alimentația este problema sănătății și ceea ce mâncăm aceia suntem și mare greșală comit toți aceia ce consideră hrana ca ceva secundar, atribuindu-i doar rolul de astâmpăr al foamei. Alimentația fiind generatorul plastic și energetic al celulei aducător de forțe noi, va trebui să se bucure de o atenție deosebită. Privită dela distanță, problema alimentației din mediul rural, s'ar părea complet rezolvată, — satul fiind prin excelență izvorul principal de materii prime alimentare, dând posibilitatea unei alimentații biofizilogice corespunzătoare. Cu toată această mare și nesecată bogăție a principiilor alimentare, populația mediului rural și în special servitorii agricoli se găsesc într-o continuă carență alimentară, slăbindu-le în mare măsură vigoarea fizică, dândun procent considerabil de debilitate fizică, — consecința subalimentației.

Un argument protivnic tuturor teoriilor ce ar căuta să demonstreze că la țară se mănâncă bine, îl constituie însuși rația alimentară al acestora. Majoritatea servitorilor agricoli primesc dimineața circa 250—300 gr. din așa numitul — „broc”, — un fel de supă — având compoziția: apă, sare, oțet, câteva linguri de făină de grâu fierte toate la un loc, în care apoi se adaugă bucățele mici de pâine uscată (resturi de pâine uscată care nu se poate mânca decât numai înmuiată); la prânz primesc o cantitate oarecare din obișnuita și tradiționala zeamă a cărei compoziție este: apă la discreție, sare, câteva urme de diverse zarzavaturi [acestea pentru a da gustul] rareori se mai adaugă o bucătică de slănină râncedă pe care n'o poate întrebuința stăpânul, oțet și câteva linguri de făină; la ora 5 d. m. și aceasta numai vara, primesc după împrejurări o bucătică de slănină, eventual puțină brânză cu o felie de pâine, iar seara se repetă zeama dela prânz.

Analizând puterea calorică și energetică a componentelor ce constituiesc rația zilnică alimentară, se constată în mod absolut clar, lipsa alimentară a acestor servitori. Oricâtă bunăvoință am avea, acest gen de alimentație nu va fi capabil să producă acele 4000—5000 de calorii necesare organismului uman ce efectuează o muncă continuă de circa 14—16 ore zilnic.

O contribuție importantă în scăderea forței fizice a acestor muncitori o aduce nerespectarea igienei muncii, înțelegând prin aceasta durata timpului de muncă zilnic, — ei fiind obligați a muncii cu mici pauze 14—16 ore vara și 12 ore în timp de iarnă.

Comparând eforturile fizice la care sunt supuși acești muncitori ani de-a rândul, cu hrana, vârsta și durata timpului de muncă, ne putem ușor explica de ce la încorporarea acestor tineri găsim un număr atât de mare din ei inapți serviciului militar.

O recuperare efectivă a valorilor biologice pierdute va fi cu puțință dacă vom acorda întreaga noastră atenție marelui probleme ce se pune azi, — ocrotirea muncitorului agricol, — de care este legată existența neamului nostru. Muncitorul brazdei noastre fiind piatra fundamentală a națiunii, el va trebui scos din întunecul în care se găsește, căutând soluții cât mai practice și cât mai eficace cerințelor ce se impun.

Spre a fi de un real folos constatările de mai sus, voi încerca, fără a avea pretențiunea deslegării problemei ce mi-am pus, de a da modeste sugestii, servind drept concluzii:

1. Angajarea tuturor servitorilor agricoli să nu fie admisă sub vârsta de 14 ani.

2. Angajarea să se facă în baza actelor următoare:

a) certificat medical — un examen medical prealabil angajării va da posibilitatea depistării unor maladii contra indicând angajarea; b) certificat de școlaritate (patru clase primare), reducând în mare măsură numărul analfabeților.

3. Obligarea stăpânilor de a pune la dispoziția angajaților:

a) locuință corespunzătoare; b) hrana necesară în conformitate cu cerințele biofizilogice organismului; c) acordarea concediului medical în caz de boală și îngrijirea angajatului pe tot timpul boalei; d) respectarea timpului de muncă, dându-i posibilitatea de odihnă.

4. Incadrarea muncitorului în asigurările sociale.

5. Examinarea medicală obligatorie trimestrială, descoperind la timp bolile cu caracter cronic sau maladiile profesionale.

6. Instituirea unui carnet individual de control, unde să se noteze de către organele de control toate constatările făcute.

7. Angajarea să se facă în baza unui contract de angajare, legalizat la Camera de muncă, asigurând ambelor părți drepturile respective.

Societăți medicale

SOCIETATEA ȘTIINȚELOR MEDICALE DIN CLUJ-SIBIU

Ședința din 25 Iunie 1943

Prezidează: d-l Prof. Dr. GH. POPOVICIU, președinte.

Prof. Dr. C. Tătaru, Dr. P. Țârlea: **Un caz de Anetodermie.**

B. M. de 17 ani, elev de liceu din Sibiu, se prezintă la consultațiile noastre la data de 3 Iunie 1943 pentru o afecțiune cutanată, care datează aproximativ de 6 ani. — În antecedentele familiare părinții și 3 frați sănătoși, în acele personale, pojar, scarlatină și apendicită. — Boala a debutat în mod insidios, printr-o placă eritemato-pigmentară, localizată deasupra crestei iliace drepte, la acest nivel cu timpul apărând mai multe plăci similare, care conflând într'un placard mare, la nivelul acestuia a apărut apoi o atrofie. În cursul anilor au apărut leziuni similare în regiunea lombo-sacrată, în regiunea interscapulară și în cea supra- și subclaviculară stângă, toate evoluând lent spre atrofie, fără să fie însoțite de cel mai mic semn subiectiv sau de vreo alterare a stării generale.

La examenul obiectiv: bolnavul de statură înaltă, cu un habitus ușor astenic, prezintă în regiunile descrise la istoricul boalei, un număr de 9 teritorii neregulat eliptice, cu axa longitudinală îndreptată în direcția cutelor pielei, dela dimensiunea unor monede de 1 Leu la cea a unei palme de adult. Aceste teritorii au o colorație roz-brună, marginile lor fiind șterse. Sediul lor este în planul tegumentelor, la cele mici în partea centrală prezentându-se o ușoară atrofie, iar la acele mari, toată aria placardelor fiind atrofică, de culoare albă, cu suprafața încrețită și ușor de-

nivelată față de margini, care formează o bordură violacee exprimată. La nivelul lor, la palpație se percepe o moliciune a tegumentelor și o lipsă de elasticitate, cu care contrastează consistența elastică a țesuturilor sănătoase. — Din partea mucoaselor, a organelor interne și a reacțiilor umorale nimic patologic. Metabolismul bazal 90% (normal).

Această afecțiune cutanată descrisă la 1892 de Jadassohn sub denumirea de: „Anetodermia erythematosa”, numită și „Atrofia maculosa cutis”, este o dermatoză foarte rară, acesta fiind al doilea caz, pe care-l înregistrăm în 25 ani de școală românească dermatologică Clujană. Cazul nostru prezintă particularitatea, că este vorba de un tânăr de 17 ani, deși afecțiunea se observă aproape exclusiv la sexul feminin și la vârsta dintre 20—30 ani, de regulă la persoane suferind de tuberculoză pulmonară. Prognosticul pentru vindecare este infaust, iar orice tratament, în lipsa vreunui moment etiologic evident, este inoperant.

Prof. Dr. C. Tătaru, Dr. P. Țârlea: **Tabo-paralizie asociată cu sifilide secundo-terțiare.**

K. I. de 46 ani, bijutier din jud. Turda, este internat în Clinica Dermato-venerică din Cluj la Sibiu la data de 19 Mai 1943. pentru o afecțiune cutanată localizată pe scrot, care datează de 6 luni. — În antecedentele familiare soția sănătoasă, cu sero-reacțiile negative; în acele personale, în afară de o blenoragie la vârsta de 21 ani, neagă alte boli venerice. — Referitor la afecțiunea pentru care ne consultă, ea a apărut neobservată, sub forma unor mici noduli nedureroși și nepruriginoși, cari evoluând periferic au cuprins toată fața anterioară a burselor, neputând fi influențați de niciun tratament local.

La examenul obiectiv: bolnavul mijlociu dezvoltat și nutrit, la intrare prezenta un placard rotund, ocupând toată fața anterioară a burselor, sub aspectul unui cerc ușor policiclic, aria fiind formată din tegumentele ușor atrofile, roz-albicioase, iar partea periferică dintr-o bordură proeminentă roșie-brună, formată din niște noduli de mărimea unor boabe de linte, duri, suprafața lor fiind acoperită de niște scvame albicioase. Era aspectul tipic pentru sifilide secundo-tertiare, „de trecere”, care spre deosebire de erupțiunile de tip secundar din primul an al infecțiunii și complet rezolutive, apar în anul 3—4 dela data infecției, au dimensiuni mai mari, evoluează în mod excentric și lasă în urma lor o ușoară atrofie a tegumentelor, printr-un proces de scleroză interstițială, Sero-reacțiile pozitive din sânge, au confirmat diagnosticul nostru, cu toată absența vreunei infecții specifice recunoscute în antecedente. — Procedând la examinarea sistematică a bolnavului, din punct de vedere visceral n'am găsit nimic patologic, în schimb am descoperit o serie de manifestațiuni neuro-psihice, neobișnuite în prezența leziunilor cutanate sifilitice. Bolnavul prezenta semnul lui Argyll-Robertson, abolirea reflexului Achilian, semnul lui Romberg, turburări în coordonarea mișcărilor și în evacuarea urinei, scăderea potenței, pe lângă păstrarea sensibilității superficiale și profunde pe deoparte iar pe de alta, o stare de irascibilitate, o afectivitate labilă, lacune ale memoriei, turburări de vorbire, deci semnele unei tabo-paralizii incipiente. Reacțiunile lichidului cefalo-rachidian toate pozitive, au confirmat diagnosticul clinic.

Cazul nostru constituie o excepție dela regula susținută de toate școalele sifiligrafice, conform căreia — admitând dualitatea virusului sifilisului —, soarta ulterioară a unei infecții sifilitice ar fi determinată deja în momentul infecției, dacă ea va evolua ca un sifilis cutanat, sau nervos, pe de altă parte, prin rolul imunizator al pielei, manifestațiunile sifilitice cutanate îl pun la adăpost individul, față de grefarea procesului specific asupra sistemului nervos. Deci asociația la același bolnav a erupțiunilor cutanate secundo-tertiare cu manifestațiuni nervoase sifilitice fiind excepțională, cazul nostru prezintă un interes practic și științific, care justifică prezentarea lui în fața Societății.

Prof. Dr. C. Tătaru, Dr. P. Țârlea, Dr. A. Opreș. Un caz de elefantiază enormă a membrilor inferioare și a organelor genitale. Vă prezentăm cazul bolnavului C. N., de 52 ani, căsătorit, plugar din comuna Făgăraș, care intră în serviciul clinicii noastre la 25. V. a. c.

În antecedentele heredocolaterale și personale, bolnavul nu amintește nimic de remarcă.

Boala actuală a debutat înainte cu 12 ani. Bolnavul observă atunci că scrotul începe a se tumefia și se prezintă la un medic, care îi aplică comprese reci. Cu toate acestea tumefacția progresează din ce în ce mai mult. După 2—3 ani se tumefiază și membrele inferioare. Se internează la un spital din Brașov, unde i se aplică un tratament radiologic, însă fără să obțină o ameliorare. Evoluția bolii nefiind însoțită de fenomene generale, nici de simptome subiective, bolnavul își continuă ocupațiunile, luând din când în când diuretice. În ultimul timp apar dureri la nivelul membrilor inferioare iar scrotul luând dimensiunea actuală, îl jenează pe bolnav în mers. Aceste fenomene îl determină să intre în serviciul nostru.

La intrarea în clinică, bolnavul are ambele membre inferioare puternic hipertrofiate, pielea prezentând o infiltrație edematoasă foarte pronunțată, consistența ei variind după regiuni. Pe gambe și picioare duritatea edemului este maximă, pielea neputându-se mobiliza pe planurile subiacente, în timp ce pe coapse edemul are o consistență gelatinoasă. La nivelul pliurilor articulare găsim niște șanțuri profunde, fapt care dă regiunii un aspect lobat. Pielea în general are o culoare roșie-violacee, pe alocuri grisată, prezentând din loc în loc mici noduli duri de culoare mai

intens roșie. Pe toată întinderea gambelor, leziunile sunt acoperite cu masse verucoase-cornoase, divizate în teritorii inegale de numeroase șanțuri și fisuri cari se întretaie între ele. Sub aceste masse verucoase pielea e ușor macerată, prezentând o serie de eroziuni. Din loc în loc, mai observăm câteva teritorii neregulate hiperpigmentate. Scrotul apare ca o sferă suspendată, puternic augmentat în volum, atingând dimensiunile unui cap de adult. Atât pielea scrotului cât și a penisului e îngroșată, prezentând un edem dur, așa încât testicolii nu se pot palpa. Șanțurile naturale sunt exagerate, dând suprafeții scrotului un aspect neregulat, mameelonat. În unele teritorii — pielea are o culoare roșie vie, în altele violacee, iar la nivelul implantației sacului tumoral de regiunea pubiană, se observă pigmentații difuze și cicatrici, precum și numeroase orificii, din cari se elimină la presiune o secreție purulentă. Infiltrația edematoasă se pierde în regiunea prepubiană și regiunile inghinale. Ganglionii inghinali nu sunt palpabili, din cauza edemului care are limitele la acest nivel.

Având în vedere această simptomatologie, diagnosticul de elefantiază s'a impus imediat. În depistarea etiologiei bolii, am executat R. Frey și intradermo-reacțiuni cu vaccin actinimicocic obținând rezultate nespecifice. Examenul microscopic al puroiului din fistulele scrotului a arătat o floră microbiană banală. La examenul isto-patologic se observă un țesut inflamator banal. R. W. negativă.

Am prezentat acest caz, care iese din cadrul obișnuit al elefantiazelor, prin volumul enorm și bilateralitatea procesului, pe de altă parte prin faptul că d. p. v. etio-patogenic nu se poate încadra în formele clinice obișnuite, pe care le observăm de obicei în urma proceselor inflamatorii cronice specifice, cum ar fi tuberculoza, sifilisul, limfogranulomatoza Nicolas-Favre, sau cauze mecanice ca întreruperea circulației limfatice în urma unor intervenții radicale asupra ganglionilor dela baza membrilor inferioare. Excluzând toate momentele acestea, cazul nostru îl încadrăm în grupa „elefantiazelor nostras”, produse de infecții repetate cu streptococi.

Dr. P. Țârlea, Dr. A. Opreș: Un caz de sifilom primar al obrazului. Vă prezentăm cazul bolnavului B. N., de 35 ani, căsătorit, de profesiune gardian public, domiciliat în Sibiu, care intră în serviciul clinicii noastre la 12 Iunie a. c. În antecedentele heredo-colaterale și personale, nimic de remarcă.

Afecțiunea actuală a debutat aproximativ în mijlocul lunii Mai a. c., când la nivelul obrazului drept, apare o ulcerățiune de mărimea unui bob de fasole, nedureroasă, urmată la câteva zile de tumefierea ganglionilor submentali și submaxilari, apoi a tuturor ganglionilor din regiunile cervicale. Sesizat de această tumefacție ganglionară, bolnavul se prezintă la medicul instituției, care îi acordă un concediu de 7 zile și recomandă un tratament radiologic, iar local comprese. Prezentându-se la un serviciu radiologic pentru terapie, un medic îl sfătuiește să consulte întâi clinica noastră și în felul acesta ajunge să fie internat la noi.

La intrarea în clinică, prezintă la nivelul obrazului drept, o ulcerățiune de mărimea unei piese de 2 Lei, de formă rotundă ovalară, de culoare roșie-cărămizie, cu margini puternic elevate din planul pielii și cu un fond neted, în platou, acoperit de o crustă brună sanghinolentă, după îndepărtarea căreia punem în evidență un fond erosiv secretant. În jur nu găsim fenomene inflamatorii. La palpare leziunea este foarte dură. Toți ganglionii din regiunile cervicale sunt măriți, duri, mobili și indolori. Suspectând după aspectul leziunii și al adenopatiei o infecțiune specifică, facem din secreția ulcerăției un examen ultramicroscopic, cu care ocazie punem în evidență numeroși treponemi. Este vorba deci, de un sifilom primar al obrazului cu adenopatie regională.

Cazul l-am prezentat fiind foarte instructiv prin faptul că bolnavul sesizat de adenopatia lui, consultă un medic iar acesta îi recomandă radioterapie și numai datorită intuiției radiologului,

care a pus în legătură ulcerarea de pe față cu adenopatia, a putut fi cazul diagnosticat și aplicat un tratament corespunzător.

Prof. Dr. I. Aleman și Dr. I. Băbușiu : Un caz de fractura maxilarelor cu deplasări de dinți în sinusul maxilar.

Este vorba de un caz de fractura maxilarului inferior și superior cu deplasarea dinților în sinusul maxilar drept provocată de o lovitură de copită de cal și care prezintă următoarele particularități :

Leziuni extinse osoase cu neînsemnate leziuni a țesuturilor moi. Particularitate pe care autorii o explică în toate amănunțele prin tehnica și împrejurările speciale ale cazului din momentul loviturii.

În al doilea rând se explică din ce motive fracturile cazului se aseamănă mai mult cu fracturi provocate de un proiectil exploziv de armă de foc, decât cu o fractură provocată de lovitură de cal.

Mai departe se demonstrează, că prin păstrarea intactă a mucoasei sinusului maxilar, cu toată zdrobirea bazei și a peretelui lateral osos a sinusului maxilar drept, nu există comunicație evidentă între cavitatea bucală și cea nazală.

Ca încheiere se insistă asupra tratamentului aplicat și asupra alimentării bolnavului.

Dr. Vasilescu — Dr. Baba. Considerațiuni asupra epulisului în legătură cu un caz clinic.

Autorii prezintă un caz de epulis interesant atât prin caracterile sale clinice, cât și prin considerațiunile generale pe care le-au făcut în legătură cu aceste tumori ale gingiei.

Aceste tumori au caracter clinic general de a avea o evoluție benignă deși uneori prin structura lor anatomo-patologică se apropie de tumorile maligne. Descriu trei varietăți de epulis : a) Fibromatos, cel mai frecvent, b) epitelial, c) sarcomatos sau cu mieloplax, descris de Nelaton sub numele de sarcom al marginii alveolare. Autorii reliefează că aceste tumori nu pot fi considerate drept sarcome.

Prin caracterul lor clinic, prin evoluția lor, prin faptul că nu dau metastaze, aceste tumori nu se comportă ca tumori maligne ci mai mult ca tumori hiperplazice ale țesutului conjunctiv, în care se poate întâlni adeseori diferențieri ale celulei conjunctive. Caută să lămurească care este natura și semnificația pe care o are poziția mieloplaxelor în aceste tumori de predominanță conjunctivă.

Conduita operatorie : se extirpă atât tumoarea cât și țesutul osos imediat subjacent, deoarece uneori aceste tumori pot să aibă baza de implantație în țesutul osos.

Prof. Dr. Gh. Popoviciu, Dr. Mihalca : Contribuțiuni la tratamentul paralizilor infantile. Rezultate obținute. (Apare în articol).

Prof. Dr. Popoviciu, Dr. Munteanu, Dr. Dăncilă : Poliartrite acute secundare la copii. (Apare în articol).

Dr. Dăncilă, Dr. Scurtu, Dr. V. Benchea : Contribuțiuni la studiul natalității și mortalității infantile din Sud-Estul Ardealului pe naționalități în ultimii 5 ani. (Apare în articol).

Dr. St. Dăncilă, Dr. Al. Scurtu și Dr. V. Benchea. Considerațiuni asupra mușcăturilor de viperă în legătură cu un caz clinic.

Redăm cazul observat și tratat în Clinica Infanțilă Cluj-Sibiu :

E vorba de o fetiță de 11 ani K. M. din comuna Sintioana, jud. Târnava-Mare, cu antecedente heredo-colaterale fără importanță. În antecedentele personale pojar și pneumonie. Are următorul istoric :

În ziua de 8 Iunie 1943, fetița a fost mușcată de un șarpe gris pătat în regiunea inframaleolară internă a piciorului drept pe când mergea la câmp la tatăl ei.

Imediat după mușcătură fetița a avut tremurături, vărsături, dureri abdominale și o ușoară stare de somnolență. Este internată în clinica noastră în dimineața zilei de 9 Iunie 1943.

Se constată : *la examenul obiectiv* bolnava e bine dezvoltată în raport cu vârsta, tegumentele și mucoasele normale. Țesutul celulo-adipos și muscular bine reprezentat. Sistemul osos intact, articulațiile libere, reflexele osteo-tendinoase normale, ganlionii regionali nu se palpează.

Local : în regiunea inframaleolară internă a piciorului drept, tegumentele sunt livide, tumefiate, iar la nivelul mușcăturii se văd două pete hemoragice puțin distanțate, probabil urma colților de viperă.

La examenul aparatului respirator, nimic patologic.

La examenul aparatului cardio-vascular, bătăile cardiace sunt clare, ritmice, însă accelerate și de intensitate mai redusă.

Abdominal, la palpare, acuză dureri în epigastric.

Sensoriu : fetița la examinare a fost liniștită, însă în timpul nopții a fost agitată și a delirat.

Decursul boalei și tratament

În prima zi de internare, am intenționat să-i administrăm ser anti-veninos, însă nu am găsit la nicio farmacie, atunci spre a se neutraliza toxina veninoasă, s'au făcut injecții locale cu hipermanganat de potasiu 1‰—2 cc., hemoterapie 20 cc., s'au administrat tonice cardiace și sulfamide : eleudron câte 6 tablete pe zi. S'a îndepărtat legătura cu care i se făcuse stază venoasă din momentul mușcăturii ; se aplică comprese cu Burov.

S'a procedat la 1) analiza urinii, care a fost negativă ; 2) examenul sanguin cu următorul rezultat — hematii 3 990.000, hemoglobină 100%, leucocite 7000. Se constată deci o mărire a hemoglobinei în raport cu numărul hematiilor, semn de ușoară hemoliză. Tabloul sanguin e normal : polineutrofile : 74%, monocite 9 %, limfocite 15%, eusinofofie 1%, basofine 1%.

3) Reacția Pirquet : negativă. — 4) Tens. arterială 10—6 (V. L.)

Ca stare generală fetița se prezintă destul de bine, este afebrilă, liniștită, uneori are perioade de agitație și acuză dureri la nivelul membrului inferior.

A doua zi prezintă simptome generale și locale evidente. În urma unei nopți nedormite bolnava prezintă ascensiuni febrile 38,5 ușoară stare de somnolență și dureri. Local edemul din jurul mușcăturii se întinde până în treimea inferioară a gambei, fiind însoțit de o limfangită, care împiedecă pe fetiță de a face mișcări cu piciorul. Se face același tratament în plus ser antigangrenos, deoarece la nivelul injecțiilor locale din ziua precedentă au apărut vezicule cu lichid purulent de culoare galbenă și cu un conținut sero-gazos.

A treia zi de tratament, bolnava prezintă o stare de stupeoare, somnolență intensă alternată de perioade de agitație, pupilele midriatice, puls filiform accelerat 120—130 pe minut, respirație frecventă superficială. Fenomenele locale intense : edemul s'a întins până în treimea superioară a gambei drepte.

Tratamentul medicamentos se continuă fără ameliorare, deși se mărește doza de sulfamide, care se dau și sub formă de injecții, se dă și serul antigangrenos 40 cmc. pe cale subcutanată.

În urma indicațiilor d-lui Prof. Gh. Popovici și d-lui Prof. Benetato, i se face prima transfuzie de sânge de 100 cmc. Transfuzia e bine suportată de bolnavă. La două ore după transfuzie (în a cincea zi de boală), prin intervenția d-lui Prof. Benetato obținem ser antiveninos 20 cmc. După o sensibilizare prealabilă, administrăm serul antiveninos pe cale intravenoasă în următoarea diluție : 20 cmc. ser diluat cu 40 cmc. ser fiziologic.

Bolnava fiind adinamică, inapetentă, i se face de două ori câte 20 cmc. de glucoză 40%, în rest se continuă tratamentul mai sus descris. În ziua a patra deja starea generală e puțin ameliorată, sensoriu mai clar, pupilele nu mai sunt așa midriatice, pulsul tot frecvent 130. Local fenomenele se mențin, iar la nivelul injecției



BRONCHOTIOFAN

Sirop

EPHEDRIN
BROMOFORM
COFEIN NATR. BENZ.
SENEGA — ACONIT

**Bolile căilor respi-
ratorii**

Bronșite
Cathar
Pneumonie
Influență gripală
Traheită
Laringită

IPECODAL

Tablete

CODEIN PHOSPH.
PLV. DOWERI
ACID ACETYLO-SAL.

**Bolile catarale ale
căilor respiratorii**

Anghină pectorală
Tuse
Laringită

PULMOROBIN

Sirop

CODEIN PHOSPH.
AETHYL MORPHIN
GUAIACOL LICHID
KAL. SULFOGUAIACOL
CALC. GLYCEROPHOSPH.
CALC. LACTOPHOSPH.
EXTR. CHINAE FLUID.
TRA ACONIT.

Bolile pulmonare

Tuberculoză
Bronșite acute
Bronșite cronice
Cathar pulmonar

SULFAZOL

Tablete

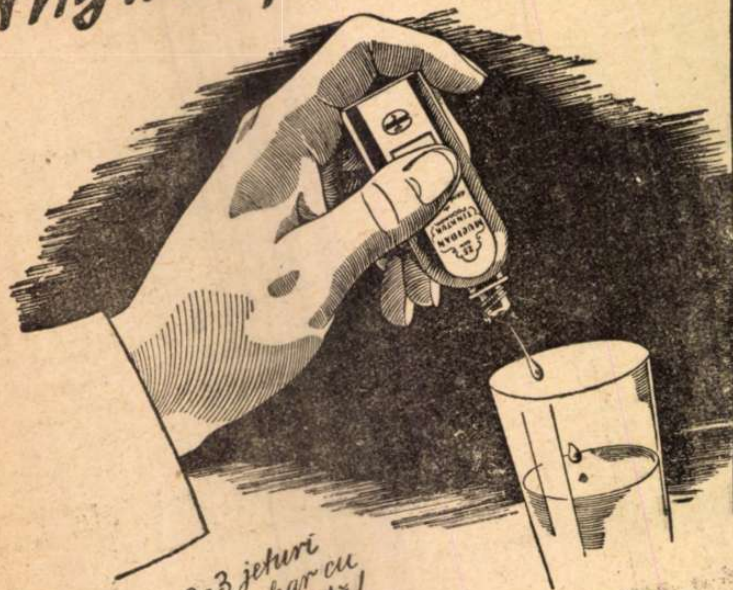
CHLORHYDRAT DE SULFAMIDO-
CHIRISOIDINĂ
AMINO BENZENSULFAMIDA

Septicemii

Scarlatină
Erizipel
Endocardită lentă
Avorturi septic
Faceri complicate

Fabrica HYGEA-CLUJ S.A.R. București**PENTRU PRODUSE CHIMICE ȘI FARMACEUTICE****Splaiul Unirii 127 — Telefon 4.22.44**

Angina, faringita



2-3 jeturi
la $\frac{1}{2}$ pahar cu
apă caldută!

TINCTURA MUCIDAN este unicul mijloc pentru gargarisme care, conținând Rhodanul, desprinde și dizolvă mucozitățile purulente, asigurând astfel cale liberă acțiunii antiseptice ale aldehydei formice (prezentă într-o formă neiritantă, patentată), prin barajul de protecție a căilor superioare de respirație infectate.

Ambalaje originale:

Flacon cu 10 cme

Flacon cu 25 cme

»Rhenania«

SECȚIA FARMACEUTICĂ A KALI-CHEMIE S.A., BERLIN
DEP. PHARMAG S. A. BRAȘOV



Tinctură-MUCIDAN

» mijlocul pentru gargarisme cu acțiune „penetrantă” «

Somniferul
cu efect sigur

chiar și în doze mici
($\frac{1}{2}$ tabletă), somn recon-
fortant și o deșteptare
înviorătoare cu

QUADRO-NOX

ASTA A. G. CHEMISCHE FABRIK BRACKWEDE i. W.
Literatură și eșantioane vă stau cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R. ★ Strada Sf. Ionică No. 8, București



cu ser antigangrenos se observă fenomenul lui Artus. Se face a doua transfuzie de sânge cu 150 cmc. și se continuă tratamentul început: ser antigangrenos, glucoză, sulfamide, tonice cardiace, local comprese cu Burov etc., se face un nou examen al sângelui cu următorul rezultat: Hematii 3,530 000, Hemoglobină 113% Leucocite 19.000.

Tabloul sanguin: polineutrofile 82%, monocite, 6%, limfocite 12%, eosinofile, besofile 0%.

Comparativ cu primul examen de sânge se constată: numărul globulelor roșii scade cu aproape 400 000 pe mmc, hemoglobina crește datorită hemolizei intense produsă de toxina veninoasă hemolizina, iar numărul mărit al leucocitelor denotă procesul supurativ dela nivelul mușcăturii.

La examenul urinei, nimic patologic.

În zilele următoare, starea generală se ameliorează din ce în ce mai mult, de asemenea fenomenele locale se reduc, edemul cuprinde numai treimea inferioară a gambei. Bolnava se simte bine, pulsul se normalizează, e pe deplin conștientă, pofta de mâncare revine.

În 17 Iunie 1943, apare boala serului cu febră, erupții localizate la nivelul injecțiilor cu ser, cari apoi s'au generalizat, prurit intens și neliniște. Local fenomenele aproape au dispărut. Ușoară tumefiere la nivelul injecțiilor de hipermanganat de potasiu. Mișcările piciorului se fac cu mult mai ușor.

Ca tratament se face hemoterapie, vitamină C, calciu gluconat intramuscular și calciu clorat intravenos, adrenalină, injecții care se repetă și în zilele următoare, iar pentru starea de prurit, se fac tricțiuni cu spirt mentholat 4%.

În prezent fenomenele nervoase au cedat complet (chiar și pupila și-a revenit la normal). Simptomele boalei serului sunt ameliorate iar cele locale au dispărut.

Am administrat aceste medicamente, bazați pe modul lor de acțiune:

1. **Acțiunea sulfamidelor.** După Domagk și Prof. Popovici Gheorghe, sulfamidele au o acțiune stimulantă asupra organismului de mărirea leucocitozei și împiedecarea dezvoltării bacteriilor cu ajutorul organismului.

După Kuhn, efectul sulfamidelor se datorește acțiunii de înlocuirea vitaminei H, care favorizează dezvoltarea microbilor patogeni.

2. **Acțiunea serului antigangrenos** Am prevenit dezvoltarea microbilor anaerobi, dat fiind pericolul că ne găseam în fața unui pericol inflamator, care amenința să ia proporții mari.

3. **Efectul transfuziei cu sânge.** Se datorește acțiunii: a. de dezintoxicare, b. de stabilire a echilibrului hemocirculator deranjat prin acțiunea toxinei și a edemului dela membrul lezat. Pentru aceasta pledează revenirea pulsului dela 130-80 pe minut.

Rezultatul frumos al videcărei bolnavei cu mușcătură de șarpe e datorit unei acțiuni combinate, a medicamentelor folosite.

Prof. Dr. Emil Țeposu, Dr. I. Birău și Dr. D. Togănel. Un caz de calcul vezical simultan cu unul ureteral inferior stg.

L. N. în vârstă de 38 ani, căsătorit, miner din comuna Ruda jud. Hunedoara, se internează în Clinica Chirurgicală și Bolile Căilor Urinare din Cluj la Sibiu pe ziua de 14 IV 1942, pentru colici renale stângi cu micțiuni frecvente și hematurii terminale.

Antecedente heredocolaterale: Fără importanță.

Antecedente personale: Acuză dureri difuze în abdomen și regiunile lombare încă din copilărie.

Intoxicații cronice: Alcoolice și tabagice moderate.

Alimentație: Regim mixt.

Istoric: Boala actuală datează de un an, când a debutat în mod brusc în urma unei răceli și efort fizic făcut de bolnav în

executarea meseriei. Este silit să stea la pat 5 zile din cauza durerilor atroce din regiunea lombară stângă, traectul ureterului, testicol și membrul inferior de acea parte. Din partea aparatului urinar prezintă micțiuni frecvente și în cantități mici, tenesme, arsuri pe traectul uretrei și urina tulbure sanghinolentă.

Ca fenomene reflexe: Grețuri, vărsături, sughițiu, paliditate, transpirații, frisoane și temperatură.

După această criză bolnavul ne mai având decât în fosa iliacă stângă un punct dureros cu rari tulburări de micțiune, începe a-și vedea de ocupația zilnică.

Cu două săptămâni în urmă făcând un drum mai lung cu căruța se declanșează o criză caracterizată prin dureri în hipogastriu și perineu cu iradiații dealungul ureterului în spre rinichiul stg și în spre testicol, rect și membrul inferior. În același timp prezintă durere la nivelul glandului sub formă de arsuri și înepături ceea ce-l face să facă tracțiuni asupra lui. Micțiunile devin imperioase și însoțite de o hematurie terminală. Constată că fenomenele de mai sus își pierd din intensitate aproape până la dispariție în repaos. Uneori i se oprește brusc jetul de urină pentru ca schimbând poziția să reînceapă micțiunea. Cu aceste simptome se încheiază în serviciul Clinicii Urologice.

Examenul obiectiv: Este un bolnav mijlociu dezvoltat, cu țesut celulo adipos păstrat și cu tegumentele ușor palide.

Logile renale: De conformație normală. La palpație se constată că rinichiul din partea stângă este mărit și ușor sensibil la presiune (semnul lui Goyena).

Traectul ureterului din partea stângă, este în întregime sensibil mai ales punctul juxta vezical (prin tușeu rectal), cât și regiune hipogastrică.

În rest celelalte organe nu prezintă nimic de remarcă.

Examenul urinei:

Urina tulbure, reacția neutră, D. 1023, albumină: urme; puroi: pozitiv (+ +) zahăr: negativ. Sediment: Foarte multe leucocite, hematii și cristale de fosfați amoniaco-magnezieni. R. W. Negativ. Azotemia: 0,40 gr. %.

Examen cromocistoscopic.

Urina tulbure. Cap. 150 cc. Mucoasa vezicii injectată în col și jurul trigonului. Orif. uret.: Stângul nu elimină colorantul nici după 15 minute. Injectat cu echimoze în jur. Dreptul: Elimină colorantul cu jet și intensitate bună și în timp normal, fiind de aspect normal. În bas-fond se constată un calcul fosfatic de mărimea unei alune.

Se face radiografia simplă 30/40 a logelor renale, ureterelor și vezicii, constatându-se un calcul de mărimea unei alune la nivelul vezicii și un calcul ureteral situat aproximativ la nivelul traectului porțiunii inferioare a ureterului stâng, ceva mai mare decât cel vezical.

Se face un cateterism ureteral stâng și sonda se oprește la aproximativ 3 cm. adâncime.

În urma acestor examinări se impune diagnosticul de calcul vezical și calcul ureteral inferior stâng.

Tratament: Se face întâi un tratament vezical de curățire și desinfecție prin spălături vezicale cu acid boric 3% și instilații cu oleu gomenolat steril 5% pentru ca apoi să se facă intervenția pentru extracția calculilor într-o cât eliminarea acestor calculi pe cale naturală nu mai era posibil.

Operația. Se descopere vezica prin incizie mediană sub ombilicală făcându-se cistostomia cu extracția calculului vezical și drenaj intravezical. Pe urmă se descopere laterovezical ureterul stâng în proporțiunea inferioară, făcându-se ureterotomie și extracția calcului cu drenaj extravezical.

Am ținut să comunicăm acest caz, fiind interesant din două puncte de vedere:

I. Că în mod obișnuit calculi ureterali sunt mici ca volum mai rar ca acela al unei alune și

II. Că printr-o singură incizie s'a ajuns să se abordeze atât vezica cât și ureterul extrăgându-se calculul respectiv.

O fericită întâmplare, face să vedem bolnavul în ultimul timp, constatând o perfectă funcțiune cromosecretorie în ambele părți.

Revista cărților

Responsabilitatea medicului de *Dr. I. Fruma*. Ed. H. Welther, Sibiu 1943. 508 pg., 16°, cu o prefață de d-l Prof. M. Kernbach.

Literatura medicală și juridică românească se îmbogățește cu o nouă carte valoroasă. Până la această dată, publicațiile în domeniul responsabilității medicale se rezumau la câteva articole de reviste sau la mici capitole în manualele de medicină legală a profesorilor Gh. Bogdan, M. Minovici sau Kernbach. De data aceasta ni se prezintă unitar toate sancțiunile penale și civile ale medicului, privite doctrinar și în lumina legilor azi în vigoare.

Intr'un prim capitol se studiază analiza juridică a responsabilității profesionale, reliefându-se principiile juridice călăuzitoare în țările mari ale Occidentului. În civil această responsabilitate este de natură contractuală.

În al doilea capitol mai mare se cercetează culpa medicală: elementele civile ale medicului, refuzul asistenței, dreptul de a vindeca, dreptul de a experimenta, consimțământul, diagnosticul, certificatele medicale, alegerea tratamentului, aplicarea tratamentului, tratamentele periculoase, chirurgia, uitarea corpilor streini, ginecologia, chirurgia estetică, stomatologia, responsabilitatea pentru fapta auxiliarului sunt capitole ample discutate și exemplificate prin sentințe din jurisprudența streină și română. Urmează apoi: dovedirea legăturii cauzale, prejudiciul, expertii și expertizele.

În ultima parte se tratează responsabilitatea penală a medicului. Aci întâlnim: medicul în fața sancțiunii penale, codul penal și profesiunea medicului; infracțiuni contra persoanelor, delicta contra sănătății publice, infracțiuni contra putoarei și a bunelor moravuri, înșelăciunea, combaterea bolilor venerice. Urmează avortul cărui i se rezervă o analiză amănunțită fiind una din problemele penale cele mai frecvente. Cartea se încheie cu secretul profesional.

Este cu adevărat un mic tratat al sancțiunilor medicului, privite sub toate aspectele lor. Nu putem încheia decât cu cuvintele d-lui Prof. Kernbach, care recomandă în următorii termeni călduroși cartea d-lui Dr. I. Fruma: „Teoreticul și practicul găsesc în lucrarea de față o armonioasă înălțuire, o temeinică și reciprocă susținere. Dacă pe alocurea punctul de vedere juridic triumfă asupra punctului de vedere medical, aceasta se datorește de sigur dualismului profesional, stimul necesar al oricărui progres. Așa cum în ultimele modificări multe idei medicale și biologice au pătruns definitiv în justiție, a mai rămas loc și pentru celelalte care cer răgaz spre a se impune. Operă eclectică, științifică, sintetică și originală, utilă tuturor celor chemați să asigure progresul medicinei și perfecționarea ideii de dreptate, rezumă trăsăturile esențiale ale studiului d-lui Fruma”.

Dr. S. Barbu

Note și informațiuni

In Mon. Oficial Nr. 244 din 18 Octomvrie 1943, s'a publicat Legea Nr. 685 pentru completarea și precizarea unor dispoziții din legea de organizare a învățământului superior Nr. 386 din 1942.

In Mon. Oficial Nr. 245 din 19 Octomvrie 1943, s'a publicat Decizia ministerială Nr. 56 624/1943, prin care d-l dr. Macavei Brutus al doilea medic șef al județului Arad se pune provizoriu în retragere din oficiu, pe 1 Februarie 1944 pentru limită de vârstă.

In Mon. Ofic. Nr. 246 din 20 Octomvrie 1943, s'a publicat Regulamentul pentru combaterea boalelor venerice.

În același Monitor s'au publicat normele pentru executarea expertizelor medico-legale cerute de autoritățile judecătorești.

Prin Decizia ministerială publicată în Mon. Oficial Nr. 247 din 21 Octomvrie 1943, s'au fixat con-

dițiunile ce trebuie să le îndeplinească medicii secundari de spitale și laboratorii pentru a primi primă de eședintă specială de 10.000 lei.

In Mon. Oficial Nr. 248 din 22 Octomvrie 1943, s'au publicat modificările în arondarea circuliilor sanitare rurale: Cărstău, Risculița, Baia de Criș și Vața de jos, jud. Hunedoara.

In Mon. Oficial Nr. 253 din 28 Octomvrie 1943, s'a publicat Decizia Min. Nr. 58 853/1943, prin care se acordă gradații de merit medicilor cu o vechime de peste 20 ani serviciu, care au desfășurat o activitate excepțională, contribuind prin munca lor la progresul instituției sau serviciului la care lucrează.

D-l dr. Traian Vasulescu, asistent cu titlu provizoriu la Institutul de Radiologie al Facultății de medicină Cluj-Sibiu, se reconfirmă în funcțiunea ce ocupă pe un nou termen de 5 ani, cu începere dela 1 Octomvrie 1943.

D-1 dr. Ștefan Gârbea, asistent cu titlu provizoriu la Clinica Oto-rino-laringologică a Facultății de medicină Cluj-Sibiu, se transferă pe data de 1 Noembrie 1943, în aceeași calitate la Clinica Medicală II.

În cursul lunii Decembrie 1943, va avea loc examenul pentru gradul de medic și farmacist sublocotenent de rezervă.

Conform hotărârii Direcțiunii generale a Casei Asigurărilor Sociale se acordă o primă de reședință de

10.000 lei lunar medicilor din asigurări, care activează în regiuni cu nivelul economic scăzut.

În Mon. Oficial Nr. 258 din 3 Noembrie 1943, s'a publicat vacant postul de Inspector general sanitar și de ocrotire regional Sibiu. Au dreptul să-l ceară inspectorii generali sanitari definitivi în termen de 20 zile de la inserarea publicației în Mon. Oficial.

La Facultatea de Medicină din Cluj la Sibiu au fost înscriși 530 studenți pe anul I.

† Profesorul Radu Olinescu

de

M. Kernbach

După dispariția atât de timpurie a profesorului Mihail Zolog, medicina preventivă românească arborază un nou doliu, mare și ireparabil. Profesorul Radu Olinescu, noul titular al catedrei de Igienă din capitala Moldovei înainte de a-și începe activitatea pe meleagurile tinereții sale, se prăbușește fulgerător și pe neașteptate.

Fiu de profesor din Nordul Moldovei, Radu Olinescu face lungă ucenicie de laborator și clinică, nedespărțite și contemporane. Încă din timpul războiului de întregire, repartizat pe lângă un mare spital de boli contagioase al CIA, Olinescu îmbrățișează medicina preventivă pe care o studiază neîntrerupt, până în clipa dispariției. Lucrează în Institutul de Igienă al Facultății de Medicină din Iași, începând de la prima treaptă a ierarhiei universitare, trece apoi la același Institut de la București, pentru a se ridica pe treptele din urmă. El nu se ocupă numai de epidemiologie, nu se rezumă la activitatea de bacteriolog. Igienist în largul cel mai înțeles al cuvântului; Olinescu se devotază în două probleme capitale ale igienei românești: tuberculoza și igiena sporturilor. Tuberculoza nu o cunoștea numai ca biolog, om de laborator, ci și ca clinician: era medic primar prin concurs și conducea un dispensar al Asigurărilor Sociale din București. A cules reale și evidente rezultate în lupta contra tuberculozei din câmpul muncii. Cu aceeași însuflețire se apropie de tuberculoză în Universitate, organizând și aici lupta pe căi serioase.

În igiena sporturilor, ca fost profesor al Academiei Naționale de Educație fizică, pe lângă o serie de lucrări, lasă și un manual, primul în țara românească. Olinescu și-a desăvârșit specialitatea în „School of Hygiene” din Baltimore, fiind bursier al Fundației Rockefeller.

Radu Olinescu pe lângă temeinica cunoștințelor, pe lângă seriozitatea și probitatea explorărilor, pe lângă un înalt simț al datoriei, care îl ridică la rangul apolegicilor, era stăpân pe el: un mare caracter. Nu s'a inclinat, nu a adulat. Nu a fost trufaș, ci modest, avea trăsătură clasică a marilor savanți și a celor ce doresc și luptă pentru binele mulțimii. A fost un luptător pentru altii, cărora le-a făcut mult bine. Nu a fost un luptător pentru el însuși. Din clipa în care s'a strecurat în sufletul său credința că nu va mai putea fi util pentru cei mulți, a executat fără șovăire, dar cu o cruzime neomenească, un act de eugenie voluntară definitivă asupra lui însuși...

Personalitatea profesorului Olinescu ca om, medic și om de știință va stăruia ca un mare comandament moral pentru lungă vreme. În medicina românească rămâne un simbol: simbolul apostolatului.

În fața urnei lui de cenușă, toți cei ce l-am iubit și l-am cunoscut valoarea, cu tăria ce ni-l-a impus-o în ultima clipă, cu profundă pletate păstrăm clipa de reculegere.

Indexul materiei *)

A

Pag.

Abces cerebral metastatic de origină otică	56-59
Abces intraocular gonococic în cursul unei conjunctivite gonococice a noului născut	356
Accidentele strofantinoterapiei și cauzele lor	423-430
Activitatea Subcentrului Antirabic Sibiu - 1939-1942	388-394
Activitatea unui post de ambulanță divizionară în atacul dela Sevastopol - Considerațiuni asupra rănilor abdominale	481-483
Acțiunea acidului T - ascorbic (Vitamina C) asupra inimii izolate de broască în funcție de ionii Ca și K din soluția Ringer	318-320
Acțiunea Diphenyl-Hidantoinatului de sodiu în formele grave de epilepsie	247-250
Acțiunea hormonului masculin asupra aparatului genital feminin	503
Acțiunea hormonului masculin asupra aparatului genital feminin	486
Acțiunea vitaminei C pe inimă izolată de broască în funcțiune de ionii Ca și K	260
Afecțiunile auriculare din punct de vedere medico-militar	524
Alimentarea diabeticilor în războiu	310
Analiza apei minerale bicarbonatate alcalinoteroase dela Bencec	189-190
Analiza clinică a pneumoniilor în legătură cu etiologia lor pneumococică tip specifică	380-383
Anevrism arterio-venos carotidian asociat cu epilepsie	33
Arhiva și cancelaria medicului de circumscripție rurală	242-245
Aspect bronhoscopic special în cazul unui corp străin bronhic (bob de păpușoiu)	450-451
Asupra acțiunii favorabile a transfuziei cu sânge de convalescent în tifosul exantematic	355
Asupra administrării de albumine în insuficiența renală cronică	171
Asupra a trei cazuri de monocleoză infecțioasă	355
Asupra chimioterapiei în scarlatină	355
Asupra concepției terapeutice a hemoragiilor mari intra-abdominale de origină genitală la femeie	206-208
Asupra terapiei herpesului zoster	37
Asupra endocarditei actinomicotice	171
Asupra febrei wolhynice	355
Asupra trichinozei	80
Asupra unui caz de rinichi polichistici anhipertensivi evoluând cu eosinofilie	488-489
Asupra unui simptom precoce utilizabil în diagnosticul tifosului exantematic și al scarlatinei	171

B

Boli de piele condiționate de anotimpurile calde	493
Boala lui Bang	80
Boala lui Dercum (Lipomatoza generalizată simetrică și dureroasă)	308
Bolile endocrine	492
Bolile parazitare ale pielii. Combaterea epidermofitiei	493
Bradycardia în nefritele acute	376-379

C

Pag.

Căi pentru prevenirea reumatismului infantil	174
Cancer laringean la o tânără de 19 ani	145-148
Cancer laringean la o tânără de 19 ani. Ablatie prin laringectomie parțială cu decanulare definitivă	260
Câteva date anatomo-radiologice noi cu privire la articulația genunchiului	122-123
Cauzele, prevenirea și tratamentul gangrenei extremităților în tifosul exantematic	80
Cazuri de calceferi pleurale	490-491
Cazuri: 1. Tumoră ponto-cerebeloasă; 2. Un caz de Aran-Duchenne; 3. Dr. V. I. medic, cu boala lui Thomsen	35
Cercetări asupra regenerării membrelor posterioare de Triton Vulgaris	143-144
Cercetări asupra tifosului exantematic din Transnistria de Nord	285-289
Cercetări în legătură cu două epidemii de febră tifoidă produsă prin infecție de sol	250-258
Ceva nou despre patologia și terapia astmului bronchial	37
Chamomilla în practica ginecologică	517
Chist dentifer calcificat al sinusului maxilar drept supurat și fistulizat suborbitar	491
Circulația lichidului cefalo-rachidian	101-110
Clinica bolilor de nas, gât și urechi	354
Combaterea pe teren a tifosului exantematic	289-291
Comemorare	44
Consecințele raclajelor uterine	486
Conservarea leinei în plasma stabilizată	212
Conservarea sânelui de om și utilizarea lui pentru transfuzii 8-16, 47-53, 87-97, 185-188, 221-222, 294-300, 323-333	
Considerațiuni asupra a două cazuri de mastoidită acută exteriorizată complicată cu tromboflebită a sinusului lateral și paralizie facială	76-77
Considerațiuni asupra congelățiunilor observate în actualul războiu	492
Considerațiuni asupra cranioplastiilor și tratamentului epilepsiei post-traumatice, în legătură cu un caz personal	110-114
Considerațiuni asupra cholecistografiei cu Biliselectan	489
Considerațiuni asupra a două cazuri de anomalii renometrale congenitale	308
Considerațiuni asupra importanței oto-rino-laringologiei în patologia generală	404-405
Considerațiuni asupra discheratozelor, în legătură cu două cazuri de boala lui Bowen	211
Considerațiuni asupra funcționării Serviciului de boli contagioase din Spitalul Public Sibiu și asupra cazurilor de boli contagioase tratate în cursul anului 1942	239-242
Considerațiuni asupra organizării și funcționării Spitalului de campanie în zona de operații	394-401
Considerațiuni asupra simfizării pleurelor prin glucoza și tinctura de iod	483-485
Considerațiuni asupra simptomului poliglobulei în ulcerul duodenal	333-335
Considerațiuni asupra tifosului exantematic	150-155
Considerațiuni clinice asupra regimului sec în tratamentul nefritelor acute	512

*) Titlurile cu caracter aldin sunt articole originale.

	Pag.
Considerațiuni asupra terapiei cu hormoni sexuali	209
Considerațiuni asupra tratamentului dizenteriei	72-73
Considerațiuni asupra tromboflebitelor de efort ale membrelor superioare	369-376
Considerațiuni asupra tumorilor fibromatoase ale ova- rului	341-343
Considerațiuni asupra tratamentului cefaleelor prin aneste- zierea nervilor mari occipitali	80
Considerațiuni asupra unui caz de sifilom primar lin- gual	114-118
Considerațiuni clinice în legătură cu un caz de xe- roderma pigmentosum	431-435
Considerațiuni etio-patogenice asupra „Sarcomatozei multiple hemoragice Kaposi” în legătură cu un caz tipic și unul atipic	210-211
Considerații în legătură cu dreptul la pensie al militarilor tuberculoși, din războiul actual	78-79
Considerațiuni în legătură cu perforațiile caviare prin di- stensiune după secționare de aderențe intrapleurale	126
Contribuțiuni la combaterea tifusului exantematic	291-294
Considerațiuni la studiul influenței vitaminei B ₁ asupra meta- bolismului hidraților de carbon	80
Contribuțiuni la tratamentul turburărilor digestive estivale în mediul rural și urban cu sulfatiazol și sulfapyridină	490
Contribuțiuni la tratamentul sicoze isimple	172
Contribuțiuni la tratamentul turburărilor digestive în iper- tireoze	171
Contribuțiunile românești în pediatrie și puericul- tură	25-32, 126
Corelațiunile fiziologice și patologice dintre piele și sistemul nervos	81
Corp străin în cavitatea abdominală după tentativă de avort	486
Cranioplastie cu grefon costal	129
Crico-traheotomie pentru fragment de grenată pătruns în pe- retele laringean posterior	129
Cuprul în tratamentul reumatismului articular cronic	310

D

Date statistice asupra Cancerului în România	528
Deslipire praematură de placenta normal inserată	231-233
Despre evoluția și tratamentul piuriei infantile	174
Despre oprirea emoptiziilor tuberculoase	164-169
Despre problema dozării Sulfathiazol-ului în gonoreea femeii	130
Despre tratamentul congelărilor prin Sulfamide	130
Despre tratamentul infecțiilor urinare	131
Despre tratamentul cu Surfen al diftericilor și al purtătorilor de bacili difterici	310
Despre tratamentul specific-biologic al afecțiunilor stafilo- cocice	80
Despre un caz curios de corp străin intrarectal	486
Despre un caz de gangrenă prin acid fenic a penisului	39
Despre trecerea dela mamă la copil a sulfathiazolului, sulfa- piridinei și sulfametiltiazolei	81
Despre unele particularități ale aspectului radiologic al ver- tebrelor normale și aplicarea lor	129
Diatermia cervicală în tratamentul glaucomului	245-247
Doctrina și teorii în patologie	260
Dolantin-ul ca pre-anestezic și analgetic în chirurgie	174
Două cazuri de anemii grave la copii	210
Două cazuri de anomalii ureterale	126
Doze mici de thaliu în alopecia areată	38
† Dr. C. A. Vasilescu	494
Dreptul de a vindeca în cadrul teoriilor patolo- gice	359-366, 407-413, 455-462
† Dr. Ioan Pintican	357-358

E

Efectele profilaxiei rachitismului	174
Elemente de chirurgie, pentru studenți și medici practicieni	263
Emoragii craniene cu pahimeningoză hidro-emoragică la un nou născut	212-213
Emoterapia în Clinica Infanțilă	306-307
Epidemiologia tifusului exantematic clasic	280-285

	Pag.
Eritrocianoza tinerelor fete și tratamentul cauzal	489
Etiologia, diagnosticul etiologic și profilaxia specifică a tifusului exantematic	274-279
Elemente de istologie și tehnică microscopică	492
Eufiamin în tratamentul afecțiunilor inflamatorii ale anexelor	131
Examenul radiologic al unui spasm esofagian poate conduce la o eroare în localizarea leziunii, care este în cauză	37
Existența unei substanțe oestrogene în lanolină	212
Exostoze osteogenice multiple (boala lui Ombredenne)	406
Experiență clinică și istologică cu transplantarea de corne	492
Extragerea prin traheo-bronhoscopie superioară a unei boabe de fasole din bronhiile la un copil	448-449

F

Farmacodynamia și acțiunea terapeutică a sulfamidelor în gonococia uretrală	489
Farmacodynamia și acțiunea terapeutică a vitaminei C în tratamentul pruritului de origine internă	490
Fibromiom al peretelui anterior vaginal	489
Fistulă ceco-inghino-crurală produsă de ascarizi	124
Flegmon al peretelui abdominal	183-184
Foetus papyraceus în sarcina gemelară	148-149
Furunculoza în campanie și tratamentul ei	356

G

Germaninul în tratamentul pemfigusului	22-24
Grefele dermoepidermice în plăgile de războiu	160-164

H

Hematomieli a frigore, și hematomieli spontane	53-56
Hemoragie meningeală într-un caz de nefrită acută	476-478
Hepatita epidemică în războiul actual	190-194
Hernie inghinală a ovarului	230-231
Heterochromie, colobom iridochoroidian și opacități crista- liniene	404
Histero-traumatismele auditive de războiu	131

I

Icterele Mijloace de explorare, simptome, fiziopatologie, te- rapeutică	79
Importanța afecțiunilor buco-dentare în graviditate și tratamentul lor	118-122
Incapacitate de muncă și invaliditate ca urmare a bolilor venere	355
Infecțiune masivă supraacută la același bolnav	168
Insuficiența arterei pulmonare, consecința unei endo- cardite maligne gonococice	320-322

K

Keratoderma simetrică palmo-plantară	76
--	----

L

Lărgirea operatorie a canalului fronto-nasal în sinuzitele frontale catarale sub cute recidivante	171-172
Laringectomie parțială pentru sarcom la 73 ani. Vindecarea menținută perfect fără recidivă la un an după intervenție	260
Lecțiunea inaugurală a profesorului Dr. C. Crișan	135-142
Leziunile anatomice în tifusul exantematic	265-269
Ligamento-vaginopexie în histerectomia vaginală pentru prolaps genital	510
Lipsa arterei ombilicale la un anencefal cu rachis cervical	451
† Ludwig Aschoff	42-44

M

Malaria și sistemul nervos central la copii	38
Manual de dactiloscopie	452

	Pag.
† Medic Căpitan Dr. Teofil Simon	42-43
† Medicul Major Dr. Groze Aurel	134
Metoda testelor și aplicarea ei în practică	130
Micozele cutanate și combaterea lor în mediul rural și urban în legătură cu o epidemie de tricoftie dintr'un orfelinat	489
Mielograma în tifusul exantematic	270-272
Mioclonus al diafragmului ca manifestare a unei nevroze traumatice	34
Modul de producere al icterului în hepatită	175-181
Meningită otică labirintică. Trepanarea labirintului și sulfamidă urmată de vindecare	127
Mortalitatea infantilă în com. Alămor jud. Sibiu, pe anii 1932-1941	262
Mortalitatea prin pneumonie a copiilor înainte și după introducerea sulfapiridinoterapiei	38
Munca și sănătatea	310
Myopatie et spina occulta	37

N

Neurologie	35-36
Noi cercetări farmaco-dinamice asupra acidului l-ascorbic pe inima izolată de broască	450, 466-470

O

O complicație foarte rară a trachomului: cheratoconul	491
O complicație rară în lăuzie: piosalpinx perforat	387-388
Obliterare a arterei centrale a retinei în cursul tifusului exantematic	273-274
Observațiuni în legătură cu terapia vitaminică a pruritului, leucoplakiei și kraurozei vulvare	38
Obstrucția canalului cistic prin ascarizi	473-476
O funcțiune nebanuită a nervilor genitocrurali	6-8
O metodă rapidă pentru diagnosticul tifusului exantematic	270
O metodă sigură pentru diagnosticul rapid al turbării	37-38
O nouă observațiune de nevră optică retrobulbară vindecată prin trepanare sfeno-etmoidală	81
Operația lui Jacobaeus	417-422
Operațiuni pe articulația coxo-femurală	488
Organizarea și funcționarea Secției Fiziologice a Spitalului Militar Sibiu	169
Ortopedie de război	354
Osteomielita maxilarului inferior cauzată de osteosinteza cu fire metalice	489
Osteo-Sarcom gigantic al femurului stâng	527

P

Patologia, clinica și tratamentul mastopatiilor	170
Physis	310
Pielea sub influența razelor solare și a luminei	39
Pierderi și supliniri de sânge	170
Plăgile oculare de război	351-352
Pilocarpina și pneumotoraxul terapeutic în tuberculoză pulmonară	343-345
Polinevrită disenterică	181-183
Polip gigant naso-faringian, proeminent în hipofaringe	81
Prezentarea și evoluția reacțiunii Weil-Felix în timpul primelor 10 săptămâni de boală în tifusul exantematic	38
Proba iperglicemiei provocată după efort	79
Problema sănătății servitorilor agricoli din mediul rural	529
Problema adenopatiilor cervicale tuberculoase și a degerăturilor din punctul de vedere medico-militar	34-35
Problema și combaterea tuberculozei	353
Probleme sanitare în mediul rural	444-448
Progrese și perspective în radioterapia tumorilor	495
Pro Domo...	462-464
† Profesorul Dr. Emile Sergent	313-314
† Profesorul Dr. Mihail Zolog	I-II, 84-85, 259-260
† Profesorul Radu Olinescu	537
Pro și contra unei terapii cu sulfamide	38
Prurigo Hebrae la gemeni	307-308
Pruritul vulvar	172
Psoriază vulgară forma verucoasă cu rhagade	490

R

	Pag.
Raportul sanitar al județului Sibiu pe anul 1942	233-239
Reacțiunea rapidă serologică pentru diagnosticul tifusului exantematic	171
Reacțiune rapidă pentru diagnosticul tifusului exantematic cu antigen uscat „Krakau”	171
Recidivă osoasă generalizată a cancerului mamar	16-18
Refacerile fundului de sacconjunctival inferior, cu expunerea unui procedeu personal de reconstituire autoplastică, printr'un lambou jugal răsfrânt, conjunctivalizat	1-6 126
Reticulina în tratamentul pelagiei	32-33
Reumatismul articular enteric	383-386
Rezecția prealabilă a septului deformat sau normal ca prin timp operator în ablația polipilor coanali	172
Rezultate obținute în amputațiile gambei utilizând diferite procedee	486-488

S

Sarcină extrauterină interstițială	486
Sarcină luna VII-a. Chist ovarian torsionat, operat. Naștere spontană la termen	18-20
Sarcină tubară bilaterală	438-439
Secția de boli pulmonare a Spit. Militar C. VII A.	349-351
Semnificația bradicardiei în nefritele acute	354
Sifilisul în folclorul medical	356
Sifilisul în statistica totală a mortalității pe anii 1932-1938	356
Sindromul Cardio-epileptic	98-101
Sistem aortic superior	353-354
Sistemul acidului adenilic	309
Spiritul științific și problemele fundamentale ale medicinii contemporane	64-71
Splenomegalie cu sindrom leucemic limfocitoid, artrită simetrică a articulațiilor gâtului mâinii	449-450
Splină flotantă cu chist	451-452
Sprue european	59-63
Stomac Jejunal (una din complicațiile ulcerului peptic jejunal post op.)	351
Substanțe sensibilizante și mijloace de apărare contra acțiunii razelor luminoase asupra pielei	82
Sulfapiridina (gonopneumocidul) în tratamentul dizenteriei bacilare și a colitelor dizenteriforme	401-404
Sulfathiazol și sulfapiridina în turburările de nutriție alimentară și în disenteria copilului de sân și mai mare	125
Sur deux cas de chorée congénitale	131
Sur deux cas de polynévrite anémique	37
Sur un cas de narcolepsie traumatique	131
Sutura secundară tardivă în tratamentul plăgilor de război	217-221

Ș

Șase luni de activitate în Secția de Contagioși a Spitalului 7 Campanie	156-160
---	---------

T

Tabes cu ataxie la doi frați	464-466
Tehnica și instrumentar original de laparoscopie cu endoscop modificat	127
Tehnica terapeutică pentru practica medicală	36
Teorii și definiții în patologie	309
Terapeutică osoasă prin autogrefoane; biologia lor	352-353
Tifusul exantematic din Spitalul Z. O. 622	439-443
Topografia temperaturii cutanate la om	493
Transfuzia de sânge în Clinica Medicală I.	300-301
Transfuzia de sânge în febra tifoidă	305-306
Transfuzia cu sânge conservat în chirurgie	302-303
Transfuzia sanghină în clinica infantilă	303-304
Transfuzia sanghină în clinica O. R. L.	304-305
Transfuziile cu sânge conservat în Spitalul Militar din Sibiu	306

	Pag.
Transfuziile de sânge și aplicarea lor în Clinica Med. II	301-302
Tratament elementar de anatomie descriptivă și topografică	35
Tratamentul ambulant al ulcerului gastric și duodenal cu hormon folicular	310
Tratamentul arsurilor gr. 3, plăgilor infectate și atone cu preparatul propriu „Oletan”	74-76
Tratamentul asistoliei prin digitală combinat cu regim de cartofi	79
Tratamentul bolilor interne	35, 309
Tratamentul congelățiilor grave și a stărilor lor consecutive	132
Transmiterea tifusului exantematic dela om la om prin transfuzie de sânge din perioada de incubație	171
Tratamentul cu pilocarpină în tuberculoza pulmonară	260
Tratamentul cu strofantină a infarctelor miocardice recente	354
Tratamentul eczemei cu pomada uscată Cutrosa cu Surfen	355
Tratamentul modern al pneumoniei	195-199
Tratamentul otitei medii acute cu preparate de sulfonamide	81
Tratamentul pneumoniei în serviciul nostru în anii 1932 și 1942	355
Tratamentul pneumoniilor la copii cu sulfamide	174
Tratamentul psoriazei	172
Tratamentul rănilor de războiu atonice	20-22
Tratamentul șancrului moale prin pulbere de Gombardol	130
Tratamentul trombarteritei obliterante prin atmosferă gazoasă de acid carbonic	451
Tratamentul tulburărilor de circulație periferice în dermatologie și practica generală cu Priskol	132
Tratamentul tumorilor albe ale genunchiului la copii, complicate cu poziții vicioase complexe	346-348
Tromboflebită a sinusului lateral cu expresiune clinică atenuată	123
Tromboflebită generalizată a sinusurilor venoase și a jugularei interne consecutive unei otite acute supurate stângi cu deniscenta pereților casei timpanului	77-78
Tromboflebită golfului jugular și meningită otică la un același bolnav	123
Tratamentul ulcerelor torpide cutanate prin vitamina C	79-80
Tratamentul unei trombangite obliterante cu Dolantin	80
Tuberculoza cutanată la copii	82
Tuberculoza în regiunea minieră din circ. sanitară Roșia-Montană — Alba	199-206
Tumoră a epididimului	76
Tumoră a peretelui anterior vaginal	486
Tumoră fibromatoasă a ovarului	486
Tumoră retroauriculară dreaptă recidivată, grefată pe cicatrice de trepanație mastoidiană și cu etiologie necunoscută	33-34

	Pag.
Ulcerul gastro-duodenal în legătură cu 950 cazuri operate	501
Un caz de acantoză nigricantă esențială (benignă)	338-340
Un caz de acromegalie asociată cu diabet insipid, diabet zaharat și cutis verticis girata	210
Un caz de anevrism arterial al humeralei stângi la nivelul plicei cotului cu inclavarea nervului radial în punga anevrismală (prezentarea piesei operatorii extirpate)	169
Un caz de Croza Cruveilhier-Baumgarten	478-481
Un caz de dermatită exfoliativă Ritter	209
Un caz de discheratoză foliculară Darier	211
Un caz de gynecomastie	470-473
Un caz de hepatită hidropigenă (cirhoză atrofică latentă, evoluând cu sindromul ictero-ascitic Fiessinger-Brodin)	34
Un caz de hernie obturatorie	436-437
Un caz de hidronefroza voluminoasă dreaptă	211
Un caz de keratodermie palmo-plantară	309
Un caz de limfogranulomatoză cu localizare sternală	449
Un caz de maladia lui Addison	168
Un caz de maladie a lui Nicolas Favre cu elefantiaza penoscrotală	33
Un caz de meningită otogenă cu simptome clinice latente	169
Un caz de miosită osifiantă la nivelul musculaturii coapsei	169
Un caz de nevroză traumatică de războiu vindecată cu foliculină	489
Un caz de nevroză traumatică vindecată în doze masive de foliculină	451
Un caz de Sifilis III cu gome ulcerate și perforația vâului palatin asociat cu psoriază	309
Un caz de varicelă la vârstă adultă	490
Un caz rar de artrită mutilantă	129
Un caz rar de Cutis verticis girata	335-337
Un caz de pericardită închistată probabilă (diverticul pericardic)	210
Unele observațiuni fundamentale în tratamentul lupusului	172
Un sindrom nou de degenerări multiple	486

V

Vitaminele în planul de tratament al tuberculozei	130
Vitaminele și sănătatea copilului	315-317, 366-369, 413-417
Vitaminele în terapeutila bolilor de piele	518

Notă terapeutică

Considerațiuni asupra tratamentului furunculozelor de Prof. Dr. Frieboes, Med. Klin. Nr. 50, 1943.

Furunculele dezvoltate nu reacționează aproape de loc la tratamentul cu Prontosil. De multe ori se poate constata, că la început se manifestă o acțiune promptă, că furunculele înflăcse se usucă și că nu mai urmează altele. Sunt o mulțime de pacienți cari reacționează întotdeauna prompt la sulfamide în perioada aceasta, mai cu seamă dacă tratamentul este combinat cu vaccin. Doza de sulfamide variază, deseori ajung 3-4 tablete Prontosil timp de 3-4 zile. Eleudron (resp. Sulfathiazol) mai ales acționează surprinzător de bine chiar în furunculile avansate ale buzelor și feței și în furunculele cefei, probabil prin faptul că în asemenea cazuri nu există o limită netă, a inflamației, ci țesuturile având o structură laxă sunt infiltrate diguz de pro-

cesul inflamator, până departe în regiunile vecine, astfel că acțiunea sulfamidelor nu întâlnește în cazurile acestea un „val” care să i se opună. Dar tocmai lipsa acestui „val” este pericolul cel mare al furunculelor la buze și față, inflamația și stafilococii progresând fără nicio piedică. Această infiltrație nelimitată este oprită aproape instantaneu de Prontosil ș. a., înlăturându-se astfel gravitatea procesului. Dacă se aplică în același timp și unde scurte, atunci mai toate furunculele de felul acesta chiar și cele mai grave, se vindecă în scurt timp, fără intervenție chirurgicală. Și aei combinarea tratamentului cu vaccinuri este recomandabilă. Bine înțeles, că tratamentul trebuie individualizat. Până în prezent autorul nu a avut niciun eșec cu procedeul său, mai ales nicio complicație.

Indexul autorilor

	Pag.
Adam E.	110-114
Agârbiceanu T.	8, 47, 87, 185, 221, 294, 232
Albu N.	32-33, 33, 76
Aleman I.	489
Alimăniştianu—Adam	250
Antonescu C.	260, 318, 450, 466
Antonescu F.	260
Apostol O.	44, 452, 528
Ardelean I.	274, 309, 380
Armeanu V.	262

B	
Baică V.	473
Barbu Z. R.	417
Baroni E	212
Baroni V.	212
Băleanu-Gamber	503
Benchea V.	490
Benetaio Gr.	8, 47, 87, 185, 221, 294, 323
Berariu C.	35
Birău I.	211
Boeriu E.	239
Bologa E.	22, 38, 39, 80, 81, 82, 130, 131, 132, 172, 173, 338, 356, 431, 493, 518

Borbil F. V.	156
Borcoman O.	483
Borza Zeno,	346, 486, 488
Botis A.	517
Bruda P.	488, 308
Bumbăcescu N.	78—79, 126, 169, 349, 490
Buzoianu Gh.	123, 127, 129, 145, 260, 304—305, 448, 450—451

	C
Căprioară D.	206, 209, 341, 486, 503
Chețeanu Al.	341, 486, 503
Cimoca V.	489, 490
Ciplea Al.	42, 301, 462, 488
Colbazi E.	22—24
Comșa N.	114, 388
Columb H.	160
Copăceanu M.	160
Cosma V.	270, 270, 309
Crăciun Al.	486
Crișan C.	135

D	
Dahnovici V.	265, 270, 309
Danicico I.	160
Dănciă St.	79
Daniel Const.	247
Daniello L.	126
Degan E.	210, 450
Diacicov M.	245
Dimitriu Const.	439
Dragomir L.	53, 464
Dragomir T.	37, 53, 131 464
Dărăulescu C.	189
Dumitrescu A.	483

	E	
Enescu		491

F	
Fabritius	170
Faur A.	59, 383
Faur G.	335, 478

	Pag.
Florescu C.	34
Fodor O.	124, 181, 333, 376, 476, 512

G	
Gârbea St.	33—34, 76—77, 77—78, 168, 169, 491, 404, 524
Găițulescu C	527
Gavrilă I.	35, 36, 37, 38, 72, 79, 80, 150, 170, 239, 270, 355, 305, 309, 401
Gavrilă V.	110, 129, 346, 354
Giuglea C.	343, 439
Gheorghiu C	76, 169, 306
Gherman N.	291, 309
Goia I.	210, 450

Hângănưt M.	H	489, 451
-------------	---	----------

Iacobovici I.	217
Ienei C.	199
Iepure V.	353
Iubu M.	260

J	
Jercea E.	247
Jovin I.	495

	K
Kernbach M.	64 - 71, 260, 309, 359, 407, 455, 537

Lambescu Al.	352
Lazăr Gh.	190
Limpede Gh.	33, 169
Lohan	306, 406

	M
Macavei I.	59, 195, 270, 300, 309, 369 449, 449, 470

Magda O.		394
Maier N.	250, 285,	309
Manolescu N.		501
Manta C.		33
Mărtoiu V.	127,	127
Mavru A.		76
Mețianu C.	423, 478,	494
Mihail D.		1, 126
Mihail N.		134
Mihailescu O.		77
Mihalca E.	125, 209, 212,	303
Mihailescu T.	210, 211,	309
Mihu T.		481
Modran	490, 492, 307—308,	108
Moga A.	33, 34, 210, 320, 423,	450
Moldovan I.		84
Moșoiu V.	18. 38, 230,	438
Moțoiu V.		242, 529
Munteanu Garda F.		164
Munteanu O.		320, 478
Mureșan I.		351

	N	
Nana A.		302
Negru D.	122, 129,	210
Natiu E.		444

Onaca N.	501
Oncescu A.	417
Oprean Oct.	289, 309
Oprean R.	8, 43, 87, 185, 221, 233, 294, 323

	Pag.
Păcurariu G.	357
Papilian V.	6, 101, 143, 260
Papilian V. V.	6
Pașca R.	486, 489
Păunescu M.	148, 231, 387
Pavel I.	177
Pelea I.	183
Petrescu I.	489, 212, 451
Petrescu Tr.	510
Petrișor V.	34, 34
Phillipowicz	20, 451
Pop Al.	302
Pop Oct.	125, 209, 210, 303
Popovici G.	123, 127, 129, 145, 260,
	304, 366, 413, 450

Popovici V.	77, 168, 491
Popoviciu Gh.	25—32, 38, 125, 126, 212, 209, 210, 303, 315—317, 486
Popoviciu L	448
Popoviciu—Mohora A.	118
Popoviciu T.	486, 489
Porumbaru I.	217
Preda V.	143
Popoviciu V.	351

	R
Radu P.	124, 380, 473
Râmneanșu P.	285, 259, 309
Russu I. G.	6, 101, 123, 145, 260, 304, 448, 450

Săbăduș P.	127
Săsăreanu V.	76
Scurtu A.	490
Secărea V.	300
Sirbu P.	291, 309
Sonea Oct.	156
Spatarencu S.	74
Spătaru T.	124, 473
Stoian Gh.	129
Surianu P.	16

T	
Tătaru C.	32—33, 33, 76, 210, 211 308, 309, 490, 492
Teodorescu A.	448
Teșoiu M.	160, 436
Ticușan P.	481
Todea C.	183
Togănel A.	126, 308
Tomescu T.	56
Trifon G.	76
Tudoraș T. S.	47, 87, 185, 221, 294, 23,
Turcu T.	250, 280, 309

Tabic M.	481
Târlea P.	210-211, 211-212, 307-308
Teposu E.	126, 264, 211, 308, 488

U

Urechia C. I. 35, 53, 98, 168, 464

	V
Vasiliu T.	43-44, 79, 265, 309
Velluda C.	260, 318, 450, 466

Z

Zolog N. 273, 309, 404, 491

Redactionale

Costul anual al abonamentului la revistă
este de Lei 1200. Pentru autorități 2500 Lei.
Costul unui număr este 200 Lei. — Abona-
mentele se plătesc anticipativ prin mandate
poștale pe adresa: Administrația Ardealul
Medical, Clinica ginecologică și obstetricală,
Cluj-Sibiu, strada Haller 1.

Toată corespondența referitoare la chestiuni de redacție și administrație se va adresa: **Clinica ginecologică și obstetricală Cluj-Sibiu, str. Haller Nr. 1.**

Revistele generale și articolele originale vor fi publicate întregi. Nu se admit articole cu urmare. Articolele nu vor depăși 4 pagini de revistă. Costul tiparului peste 4 pagini va fi suportat de autor, 1500 Lei pagina.

Autorii vor prezenta odată cu articolul și un mic rezumat în românește, francezește și nemțește.

Costul extraselor îl privește pe autor și jumătate din el se trimite deodată cu manuscrisul pe numele tipografiei, care altfel nu e obligată a face extrasele.

Se refuză articolele de critică și polemică ce vizează persoane, ca și articolele cari au fost deja publicate într'una din revistele din țară.

Recenziile articolelor originale vor fi scurte (maximum 15 rânduri tipărite, aprox. 30 rânduri scrise). Ele vor începe cu titlul lucrării în românește, titlul original (în paranteză), autorul, revista, numărul revistei, pagina și anul.

Toate manuscrisele vor fi dactilografiate.

Costul clișeeilor privește pe autori și vor fi comandate de autori după formatul revistei.

Domnii abonați sunt rugați să anunțe la timp schimbarea domiciliului, pentru a evita orice neînțelegere în legătură cu expedierea revistei.

Anunțurile se angajează direct prin Administrația revistei cu tariful următor:

În interiorul revistei 1 pagină 6000 Lei, 1/2 pagină 3500 Lei

Paginile de pe copertă și fixe au tarif special.

Pentru encartage se plătește 1 Leu de fiecare inserat.

Tabloul de prețuri al extraselor pe formatul 8⁰ valabil dela 1 Aprilie 1943.

Numărul paginilor	Extrase pe hârtie satinață de tipar		Coperta obicinuită hârtie culeur										Observație	
	Primele 25 exemplare	Următoarele 25 exemplare	25	50	100	150	200	300	Peste 300 ofertă					
L e i		e x e m p l a r e												
L e i		L e i												
4	550	80	455	520	585	650	720	975	—	—	—	—	1 pagină din revistă co- respunde cca. la 3 pagini din extras.	
8	730	120												
12	1270	195												
16	1260	190												
Extrase pe hârtie velină		Copertă groasă colorată										Pentru fiecare clișeu se va socoti în plus 30 Lei.		
4	560	90	520	650	910	1170	1430	1950	—	—	—		—	Tablourile etc. lipite la extrase se vor socoti în plus.
8	780	145												
12	1340	235												
16	1330	230												

AFECȚIUNILE
SEZONIERE
ALE CĂILOR
RESPIRATORII
SUPERIOARE

CORIZA

FEBRA DE FÂN
TRACHEO-BRONȘITE

cedează rapid datorită
SINERGIEI MEDICAMENTOASE
ANTIDISPNEICE ȘI DECONGESTIVE

realizată prin

CORYPHÉDRINE

RHODINE + SANÉDRINE

Acid acetilsalicilic

clorhidrat de efedrina levogiră

SUB FORMĂ DE
COMPRIMATE
CONȚINÂND

RHODINE: 0,50 gr.

SANÉDRINE: 0,015 gr.

Tub cu 20 comprimate

*1 la 4 comprimate în 24 ore
în mai multe doze*

SOCIÉTÉ PARISIENNE
D'EXPANSION CHIMIQUE

≡ SPECIA ≡

MARQUES POULENC FRÈRES
ET USINES DU RHÔNE

21, Rue Jean Goujon — PARIS

PROPAGANDĂ MEDICALĂ? „SPECIA” STR. ANASTĂSIE SIMU 6 — BUCUREȘTI (III)